

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 — N° 1

L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU MAROCAIN

**avec étude particulière de la mortalité périnatale
en cas de procidence du cordon**

**A propos de 464 observations de procidence recueillies
à la Maternité de Rabat.**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Janvier 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jean-Félix-Antoine CALENDINI

Né le 23 Août 1935 à Rabat (Maroc)



**LYON ET VILLEURBANNE
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
A. GERPHAGNON, Directeur**

—
1963

L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU MAROCAIN

avec étude particulière de la mortalité périnatale
en cas de procidence du cordon

A propos de 464 observations de procidence recueillies
à la Maternité de Rabat



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 — N° 1

L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU MAROCAIN

avec étude particulière de la mortalité périnatale
en cas de procidence du cordon

A propos de 464 observations de procidence recueillies
à la Maternité de Rabat.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Janvier 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jean-Félix-Antoine CALENDINI

Né le 23 Août 1935 à Rabat (Maroc)



LYON ET VILLEURBANNE
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
A. GERPHAGNON, Directeur

—
1963

PERSONNEL DE LA FACULTÉ



Doyen honoraire : M. J. LEPINE, membre de l'Institut.

Doyen : M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.

Assesseurs : MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIARD, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

Physiologie A.....	MM. HERMANN.
Clinique urologique.....	CIBERT.
Physique biologique.....	PONTHUS (détaché à Beyrouth).
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale..	DECHAUME.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie..	JEUNE.
Clinique organique et toxicologie.....	CHAMBON.
Clinique chirurgicale B.....	WERTHEIMER.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN
Clinique médicale B.....	PAUPERT-RAVAULT.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.....	FROMENT.
Clinique médicale C.....	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME.
Clinique chirurgicale A.....	MALLET-GUY.
Pharmacie galénique et matière médicale.....	REVOL.
Clinique gynécologique.....	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.....	PIGEAUD.
Médecine du travail.....	BOURRET.
Clinique médicale A.....	LEVRAT.
Hygiène et action sanitaire et sociale.....	SOHIER.
Clinique stomatologique.....	FREIDEL.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	BERNHEIM.
Biologie médicale et pharmacodynamie.....	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie.....	NETIEN.
Clinique chirurgicale C.....	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique.....	BADINAND.
Pharmacie chimique et pharmacologie.....	DREVON.
Médecine légale et déontologie.....	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique.....	COUDERT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN.
Clinique ophtalmologique.....	PAUFIQUE.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.
Clinique de pneumo-phtisiologie.....	BRUN.
Clinique traumatologique des membres.....	CREYSSEL Jean.
Cancérologie.....	DARGENT.
Anatomie pathologique.....	GUICHARD.
Pathologie générale et expérimentale.....	GIRARD Paul.
Anatomie.....	LATARJET.
Pathologie chirurgicale.....	PEYCELON.
Thérapeutique.....	GIRARD Marcel.
Pathologie médicale.....	VACHON.
Physio-pathologie des voies respiratoires.....	GALY.
Radiologie.....	PAPILLON.
Bactériologie.....	MONNET.
Physiologie et pathologie obstétricales.....	BANSSILLON.
Physiologie B.....	CHATONNET.
Clinique endocrinologique.....	GUINET.
Clinique de chirurgie orthopédique.....	TRILLAT.
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles.....	MARION Joseph.
Histologie.....	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine.....	MM. BERGER.
Bactériologie.....	BERTOYE.
Physiologie.....	CIER J.-François.
Technologie pharmaceutique.....	DORCHE.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie.....	CIER André.
Chimie organique et toxicologie.....	PERROT.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Médecine :

Anatomie pathologique.....	MM. FEROLDI.
Chimie biologique et médicale.....	CREYSSEL Roger.
Anatomie	DUROUX Emile.
Thérapeutique	BRETTE René.
Histologie	DUMONT L.-P.
Hygiène	THIVOLET Jean.
Parasitologie	GARIN Jean-Paul.
Physique	MORET Robert.
Anatomie	BOUCHET.
Anatomie pathologique.....	TOMMASI.
Hygiène	RIFFAT.
Pathologie expérimentale.....	JOUVET.
Hématologie	FAVRE-GILLY.

Pharmacie :

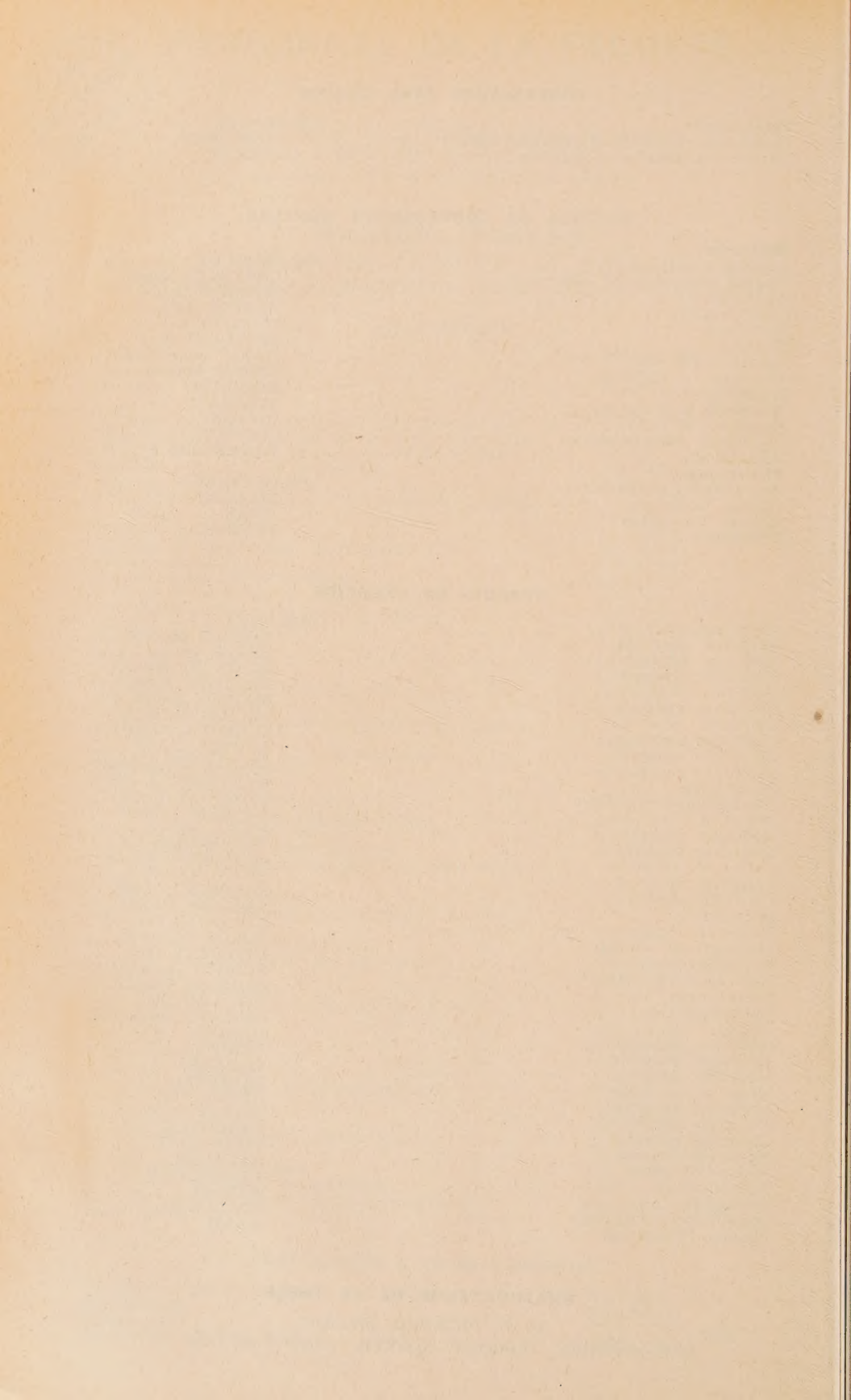
Botanique et cryptogamie.....	MM. ODDOUX.
Chimie analytique.....	MALLEIN.
Chimie biologique.....	GRAS.
Physique	PEYRIN.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale.....	MM. PONT.
Médecine générale.....	VIGNON Georges.
Médecine générale.....	REVOL Louis.
Médecine générale.....	PLAUCHU Marcel.
Médecine générale.....	TRAEGER Jules.
Chirurgie générale.....	MARION Pierre.
Chirurgie générale.....	MICHAUD Pierre.
Chirurgie générale.....	JAUBERT de BEAUJEU.
Chirurgie générale.....	SAUTOT Jean.
Chirurgie générale.....	GUILLEMIN Georges.
Obstétrique	BURTHIAULT René.
Oto-Rhino-Laryngologie	GIGNOUX Marcel.
Pédiatrie	FRANÇOIS René.
Médecine générale.....	DEVIC Michel.
Médecine générale.....	DESPIERRES Ch.
Chirurgie générale.....	de MOURGUES G.
Chirurgie générale.....	FRANCILLON J.
Chirurgie générale.....	SAUBIER Eugène.
Dermatologie	COLOMB Daniel.
Médecine légale.....	COLIN Marcel.
Médecine du travail.....	TOLOT François.
Neuro-Psychiatrie	GUYOTAT Jean.
Neurologie, psychiatrie.....	SCHOTT Bernard.
Obstétrique	DUMONT Martial.
Ophtalmologie	BONAMOUR G.
Urologie	DURAND Louis-Noël.
Médecine générale.....	GARDE.
Médecine générale.....	PERRIN.
Médecine générale.....	LARBRE.
Médecine générale.....	MORNEIX.
Médecine générale.....	NORMAND.
Chirurgie générale.....	MARET.
Chirurgie générale.....	DESCOTES.
Electro-Radiologie	CHASSARD.
Neuro-Chirurgie	ALLEGRE.
Ophtalmologie	HUGONNIER.
Orthopédie	FAYSSE.
Oto-Rhino-Laryngologie	GAILLARD.
Pneumo-Phtisiologie	KALB.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. H. PIGEAUD, *président.*
MM. MATHIEU, DUMONT, NOTTER, *membres du Jury.*



A MON GRAND-PÈRE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Ils sont mes Maîtres et mes références.
Puisse ce travail leur témoigner ma profonde
reconnaissance pour le bonheur moral et ma-
tériel qu'ils m'ont procuré.

A MON FRÈRE,
LE MÉDECIN-LIEUTENANT ANGE CALENDINI.

A SA FEMME ET A SON FILS, MON FILLEUL.

Ils ont apporté à mes études les joies de la
vie en famille.

A MA SŒUR ANDRÉE, A MON BEAU-FRÈRE JEAN-PIERRE.

Leur bonheur est la consolation de notre
séparation.

A MON FRÈRE CHRISTIAN ET A SON FILS JEAN-ANDRÉ.

Qu'ils puissent compter sur moi en toutes
circonstances.

A MON FRÈRE JEAN-BAPTISTE.

Il reste pour moi le petit Jeannot malgré
le chemin déjà parcouru.

A MON AMI,
LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE CESARI.

Au long de mes études et jusque dans leurs
conclusions, sa présence jamais en défaut
mais toujours discrète fut celle d'un frère.
Qu'il soit persuadé de ma reconnaissance et
de mon indéfectible amitié.

MEIS ET AMICI'S.

A MES COMPATRIOTES.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIGEAUD,
Professeur de Clinique Obstétricale.

Nous avons eu l'honneur, durant une année, d'être dans son service et de profiter de son enseignement et de sa sollicitude.

La clarté de ses idées, la précision de ses exposés et ses qualités humaines seront pour nous autant d'exemples qui guideront nos efforts.

Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profond et respectueux attachement.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU,

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à
notre travail et d'accepter de le juger.

Qu'il veuille bien accepter le témoignage
de notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMONT,

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous
apporter son concours précieux et faire partie
de notre jury.

Qu'il soit assuré de notre vive reconnais-
sance et de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOTTER,

Accoucheur des Hôpitaux.

Il a bien voulu être juge de notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BURTHIAULT.

A MESSIEURS LES DOCTEURS CHARVET, GABRIEL, NEUMANN,
NELKEN, REBOUL D'AUBIGNY ET DUMAS.

Nous avons toujours trouvé auprès d'eux
une bienveillante compréhension.

Nous les prions de croire à notre profonde
gratitude.

A MADAME LE DOCTEUR GILLY.

Nous avons apprécié sa souriante bienveil-
lance à notre égard.

Qu'il nous soit permis de lui présenter nos
respectueux hommages.

A NOS CAMARADES DU CERTIFICAT D'OBSTÉTRIQUE.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARMEY,
*Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon,
Médecin de la Maternité Lyautey de Rabat.*

Il nous a toujours témoigné beaucoup de
bienveillance et nous tenons à lui exprimer
nos plus vifs remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OSSTOVAR.
Médecin-Chef de la Maternité de Rabat.

Nous le remercions d'avoir guidé nos pre-
miers pas dans l'Obstétrique marocaine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CREYX,
A SA FEMME ET A SON FILS, MON FILLEUL.

En toutes circonstances, nous avons pu
trouver auprès d'eux le réconfort de pré-
sences amies.

Nos devoirs à leur égard nous seront tou-
jours des satisfactions.

A MADAME DECHANET.

Son expérience et son extrême bonté ont
été pour nous d'un précieux secours. Ce
travail est aussi le sien.

A MADemoiselle GRIMALDI D'ESDRA.

L'élaboration de cette thèse nous a permis
d'apprécier l'efficacité de sa collaboration et
la valeur de son amitié.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA MATERNITÉ DE RABAT.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DU MAROC.

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE DE CASABLANCA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRAISSAC,
de la Faculté de Bordeaux.

Son influence déborde le cadre du programme de thérapeutique : il personnifie à nos yeux la devise « Pro Patria et Humanitate ».



INTRODUCTION

Notre étude sur la procidence du cordon présentera un double aspect :

— Un aspect moral et social nous permettra de saisir dans sa complexité le « milieu marocain » dont il faudra tenir compte pour agir dans son intérêt.

Une histoire riche en querelles intestines, en invasions successives et en démembrements d'empires, une population par ses origines raciales, sa religion et par ses conceptions médicales si diverses font que le Maroc est un « ensemble oriental » qu'il serait difficile de trouver ailleurs.

Cette originalité se traduit, sur le plan obstétrical, par une pathologie qui ne cesse de surprendre tant elle confère aux traités classiques, une valeur documentaire toute théorique. Elle rend compte, d'autre part, des difficultés pour la Médecine officielle à détrôner la Médecine traditionnelle au Maroc. Si notre Maître, le Professeur PIGEAUD, pense avec humour que le plus grand ennemi de l'accoucheur est souvent la mère de la parturiente, au Maroc, celui-ci aura à lutter encore contre une véritable association de malfaisance au sein de laquelle matrones, guérisseurs empiriques, marabout ne le cèdent en rien aux proches parents de l'infortunée.

— Un aspect purement obstétrical ensuite où nous nous efforcerons d'apprécier le risque encouru par le fœtus à l'occasion des différents modes qu'affecte la procidence du cordon. Nous bornerons notre étude à la mortalité périnatale au cours de cette complication qui retentit directement sur le fruit de conception, seul menacé par les perturbations circulatoires qu'elle entraîne. Il constitue le centre d'intérêt, conditionnant tout geste thérapeutique au point que l'abstention est de règle si son décès est tenu pour certain. Il nous est apparu d'autre part, dans les investigations cliniques, quelques faiblesses qui, jointes à l'absence de documents radiologiques, eussent rendu illusoire toute tentative de recherche étiologique.

Nous avons circonscrit notre sujet au seul pronostic foetal, ce qui sauvegarde l'intérêt de la question plutôt que de courir le risque, en faisant la part trop belle à l'interprétation, de réaliser un travail qui n'eût pas eu toute la rigueur désirée.

Nous adopterons le plan suivant :

L'accouchement en milieu marocain.

- Le milieu marocain. Origine et place de la « Qabla ».
- L'accouchement traditionnel.
- Les activités de la Maternité de Rabat.

Etude particulière de la mortalité périnatale en cas de procidence du cordon.

- Rappel des notions classiques sur la procidence du cordon.
- La mortalité périnatale en cas de procidence du cordon.
- Considérations thérapeutiques.

Conclusions.

L'ACCOUCHEMENT
EN MILIEU MAROCAIN

CHAPITRE PREMIER.

LE MILIEU MAROCAIN ORIGINE ET PLACE DE LA « QABLA »

D'abord circonscrite aux cités marocaines, la civilisation arabo-musulmane s'étendit bientôt à la société rurale et, balayant les institutions traditionnelles, supprima progressivement les frontières linguistiques, juridiques et politiques. La loi coranique se substitua à celle de la tribu à mesure que le « bled-es-siba » (zone dissidente) reculait devant le « bled-el-makhzen » et que s'affermissait l'état marocain centralisé et théocratique.

Cette assimilation unifia les différents éléments de l'agglomérat sans parvenir toutefois à étouffer toutes leurs particularités ou leurs aspirations.

Bien que le Prophète condamnât le « chirk », c'est-à-dire l'association d'autres divinités à Dieu, les Docteurs de l'orthodoxie musulmane furent ainsi amenés à accepter l'innovation du culte des saints ou « marabouts », qu'un puissant courant populaire contraignait d'incorporer à la tradition ou « sunna ». Ces « marabouts », dont les tombeaux sont le siège de pèlerinages fréquents, furent à l'origine de confréries nombreuses et puissantes au Maroc, malgré l'hostilité des Wahhabites, partisans d'un strict puritanisme.

De même, derrière le voile de la nouvelle doctrine, persistèrent certaines coutumes et croyances antérieures à l'Islam, « sortes d'îlots de dissidence dans la religiosité du musulman », mais dans lesquelles M. IGERT voit aussi « la révolte instinctive contre une contrainte religieuse très dure et trop difficile à concilier avec les besoins de la sensibilité ». La femme, « dépositaire naturelle du droit du Sentiment », et, de plus au Maroc, tenue dans l'ignorance des choses de la religion, devint la gardienne des traditions et la conservatrice de croyances, pratiques magiques et autres sortilèges. Elle brandissait ces armes contre la tyrannie de l'homme dont le « sur-virilisme » était pour elle une source d'infériorité psychique et sociale.

Retranchées dans leur gynécée, entre elles ou au milieu de petits, privées de tout pouvoir officiel par une société qui ne leur octroyait aucune responsabilité, ces « femmes-enfants » subissaient une féminisation excessive et se consacraient aux fonctions de la reproduction avec le secret espoir de mettre au monde un enfant mâle, condition d'un sort meilleur, alors que la stérilité ferait planer sur elles la menace d'une répudiation.

Dans ces problèmes relatifs à l'activité génitale et aux rapports entre les sexes, la solidarité féminine n'était pas un vain mot. La femme marocaine trouvait une confidente et une alliée puissante auprès de la « qabla » (pluriel : qablat) qui est la sage-femme traditionnelle, ou mieux la matrone. Ses activités étaient ce qu'elles sont encore et MM. MATHIEU et MANEVILLE en donnent un aperçu évocateur : « C'est elle qui apprend aux femmes délaissées la formule magique qui retient les amants, c'est elle qui compose les mixtures aphrodisiaques, qui donne les conseils indispensables pour concevoir à volonté un enfant mâle ; c'est elle encore qui procure le poison qui fait avorter, la tisane qui réveille l'enfant endormi dans le ventre de sa mère ou le talisman qui noue les aiguillettes. »

En effet, l'influence de ces matrones, rarement savantes mais toujours sorcières, reste très grande parce qu'est vivace encore la croyance aux génies contre lesquels il faut lutter pour porter remède au mal, manifestation de leur hostilité. Dans la pratique médicale courante, cette mentalité animiste, même lorsqu'elle se traduit par le port d'amulettes, talismans ou « harz » (morceau d'étoffe enveloppant un papier sur lequel est écrit un mot ou une phrase du Coran), n'est pas incompatible avec les médications modernes et peut, en outre, être utilisée comme un moyen précieux de psychothérapie.

En Obstétrique, par contre, les procédés dérivés de cette « mentalité pré-logique » ne sont pas sans faire courir de réels dangers à la mère et à l'enfant. Mais, l'état de gestation et l'accouchement étant particulièrement favorables à l'éclosion d'influences maléfiques, il ne peut être question de ne pas y avoir recours.

Ces pratiques animistes ou magiques ne sont pas spéciales aux Arabo-Berbères, comme le montre l'étude de J. MATHIEU sur l'enfance juive du mellah de Casablanca. De telles survivances dans le peuple juif accréditent d'ailleurs l'hypothèse selon laquelle les petites communautés juives rurales ou leurs colonies citadines seraient les restes de tribus berbères judaïsées ou judaïsantes de la période pré-islamique. Mais si la qabla israélite s'assimile à son homologue musulmane par des procédés qui relèvent à la fois de la magie, de la religion et de la phytothérapie, elle s'en distingue par une meilleure connaissance des pro-

blèmes posés par la gravido-puerpéralité, par l'adoption de médicaments officiels et surtout par une meilleure appréciation de sa propre valeur, ce qui, l'inclinant à plus de prudence, constitue la plus sûre de ses qualités. D'ailleurs, la jeune génération juive, poussée par son pouvoir d'adaptation et sa vitalité à s'affranchir des traditions et à s'imprégner de culture occidentale, lui donne de moins en moins l'occasion d'intervenir.

En milieu musulman, le contact avec la médecine moderne établi depuis le début du siècle, la diffusion de l'instruction, le développement des voies de communication, la transformation économique du pays entraînant une évolution dans les mœurs, portèrent certes un coup à l'autorité des « qablat » mais n'entraînèrent pas leur disparition. Bien plus, ces mêmes événements semblent leur avoir insufflé une deuxième jeunesse en renouvelant leur clientèle et le cadre propice à leurs activités.

En effet, l'industrialisation de la zone atlantique du Maroc fut à l'origine d'un exode des populations rurales vers les villes du littoral et engendra un prolétariat urbain né d'une main-d'œuvre pas toujours qualifiée, mal rétribuée, trop abondante pour être absorbée par l'industrie et le commerce.

Ces néo-citadins, entassés dans les agglomérations de baraques que sont les « bidonvilles » tentaculaires, outre l'habitat insalubre, le manque d'hygiène et la malnutrition, connaissent le drame du déracinement et de la transplantation. Les structures sociales traditionnelles sont ébranlées, la famille patriarcale est dissoute et la famille menacée dans son existence même. L'enfant se soustrait à l'autorité d'un père souvent déconsidéré par quelques intoxications, alcool-cannabique le plus souvent ; la femme, abandonnée sans autre forme de procès ou affranchie de la tutelle d'un homme, avec la nécessité de faire face à ses besoins, découvre, sans être préparée, une liberté qui lui fait obligation de recourir aux services de la qabla et d'en subir dès lors son influence. Tel est non pas le résultat mais la rançon d'une modernisation trop rapide pour la faculté d'adaptation de certains éléments. Par contre, le but fixé est souvent atteint : il est rassurant de voir prospérer une jeune classe moyenne au sein de laquelle la femme marocaine, libérée d'une domestication excessive, occupe une place sans cesse plus importante. Par son esprit plus libre et plus réceptif aux tendances modernes, elle justifie et encourage tous les efforts entrepris pour relever sa condition comme elle explique sur le plan médical les succès déjà enregistrés par les programmes d'éducation sanitaire, de protection maternelle et infantile.



ACCOUCHEMENT TRADITIONNEL

Par leur influence auprès de ces éléments transplantés dans les bidonvilles et dans le monde rural qui représente 80 % de la population, les qablat constituent actuellement encore un aspect de l'Obstétrique au Maroc, après en avoir été la seule expression.

Nous allons faire de larges emprunts à MM. MATHIEU et MANEVILLE pour étudier leurs fonctions d'accoucheuse traditionnelle dont les méthodes restent fidèles à la description relatée par IBN-KHALDOUN au XIV^{me} siècle.

Au cours de la grossesse, l'importance de la qabla est minime, la femme enceinte sollicite rarement ses services et, le ferait-elle, le résultat serait identique car, une notion particulière du temps, l'ignorance de l'existence des bruits du cœur fœtal et l'absence de touchers vaginaux ne lui permettent pas de se prononcer avec sérieux, sur le terme approximatif de la grossesse, sur la vitalité du fœtus ou sur le pronostic de l'accouchement. De plus, elle est incapable de prescrire quelques règles d'hygiène alimentaire ou de veiller au bon fonctionnement intestinal et rénal, et méconnaît l'importance de l'examen des urines, de la courbe de poids. Par contre, les saints sont l'objet de prières et d'offrandes, leurs tombeaux le siège de pèlerinage pour que la grossesse ait un dénouement heureux.

Les premières douleurs apparues, la parturiente fait prévenir la qabla qui accourt sur le champ ou après avoir fait ses ablutions rituelles si elle se trouve en état d'impureté.

La patiente, qui s'est au préalable purifiée au bain, le pubis rasé et les pieds enduits de henné, est revêtue d'effets propres mais usagés car ils ne seront plus utilisés ultérieurement, ses tresses sont défaites, le pantalon enlevé et la ceinture dénouée pour évoquer l'idée d'une délivrance facile. Elle va et vient, ou bien s'assoit sur une natte destinée à cet usage dans une chambre fermée, spécialement nettoyée pour l'événement et dans laquelle sont faites des fumigations destinées à chasser

les mauvais esprits. Les voisines ou parents, le mari, les enfants ont été écartés de cette pièce où seuls demeurent « les trois acteurs principaux du drame de la nativité » : la parturiente, la qabla et son aide, ou « cheddada ».

Durant la période de dilatation, le rôle de la qabla est assez limité : elle prépare le matériel rudimentaire qui lui sera utile pour l'accouchement et le linge dans lequel elle enveloppera l'enfant, raconte de nombreuses histoires dont l'obscénité reste le caractère commun. Les contractions utérines qui augmentent d'intensité et de fréquence soit spontanément, soit sous l'effet de drogues relevant de la phytothérapie ou de rites magiques, la décident enfin à intervenir.

De ses mains enduites d'un corps gras, elle pratique alors sur la parturiente allongée un doux massage abdomino-pelvien, espérant par cette manœuvre « bien placer la tête de l'enfant ». L'orifice vulvaire externe est également lubrifié à l'aide d'un tampon imbibé d'huile pour diminuer la résistance des parties molles. Elle s'interdit par contre le toucher vaginal, « considéré comme particulièrement inconvenant et même comme illicite », ce qui ne lui permet pas d'apprécier le progrès de la dilatation ou la descente de la présentation, mais constitue pour la parturiente la meilleure garantie contre l'infection amniotique et ses conséquences.

Lorsque la qabla juge l'accouchement imminent, se basant pour cela sur le « besoin de pousser » éprouvé par la parturiente, elle lui fait adopter la position qu'elle conservera jusqu'à l'expulsion. Cette posture, dans la classification établie par RODET au siècle dernier, dérive de la position « demi-couchée » qui était la plus fréquente des « positions inclinées » chez les peuples civilisés d'autrefois.

La qabla et la parturiente s'assoient face à face, jambes écartées, celle-ci laisse reposer ses fesses sur les cous-de-pied de la sage-femme installée à même le sol. Derrière la parturiente, est assise, sur un petit banc, la cheddada qui la soutient et la soulève de ses avant-bras passés sous les aisselles, les mains croisées sous les seins.

Au moment des douleurs, la parturiente prend appui sur ses talons, écarte ses genoux fléchis et se rejette en arrière, demi-étendue sur la poitrine de l'aide-accoucheuse ; au cours des efforts expulsifs, elle noue ses mains sur le cou de la qabla, le front appuyé contre le sien.

Parfois, le procédé est plus simple et consiste à s'asseoir par terre, sur un petit banc ou sur une pierre, le corps penché en arrière, s'appuyant sur une aide ou sur un mur si celle-ci est absente. Dans 40 % des cas, et surtout dans les accouchements dystociques, la parturiente saisit une corde attachée au plafond.

La posture horizontale est plus rarement adoptée. Il s'agit alors de décubitus dorsal et jamais de décubitus latéral déconseillé par les qablat qui rendent cette position responsable de déchirures périnéales, alors qu'elle est usitée en Angleterre pour la raison justement contraire.

La parturiente ainsi installée est encouragée à poursuivre ses efforts expulsifs et rassurée par la sage-femme qui s'arrête de chanter des mélodies populaires ou de réciter des prières et s'apprête à intervenir dès que la tête apparaît à la vulve. De ses mains armées d'un « amas de chiffons sales » ou d'une « serviette roulée en boule » et recouvertes par les vêtements de la patiente, à tâtons, elle soutient alors le périnée. Toujours sans le contrôle de la vue, elle aidera ensuite au dégagement de la tête et des épaules, mettant un terme à une expulsion dont la durée moyenne est de deux heures chez la primipare.

Le nouveau-né, accueilli par trois ululations ou « zrarit » si c'est un garçon, est seulement essuyé puis enveloppé de lambeaux de chiffons plus ou moins sales jusqu'au troisième jour où il sera lavé avec de l'eau et du savon et emmailloté. La qabla ne lui dispense aucun soin particulier et se consacre uniquement à chasser de lui les mauvais esprits ou à contrarier leur action néfaste par toutes les ressources de la magie.

La section du cordon ne se fait qu'après l'expulsion du délivre à l'aide d'un canif ou d'un couteau qui appartient à la famille de l'accouchée. La ligature est réalisée, loin de l'insertion ombilicale, avec un fil de laine ou la frange en soie d'un foulard. Le couteau et le lien ne sont pas stérilisés et, sur le bout fœtal du cordon, il n'est fait aucun pansement.

Lorsque la délivrance tarde à se produire, le cordon est néanmoins sectionné et le bout maternel est entouré autour de la cuisse droite de l'accouchée pour éviter qu'il ne remonte dans les voies génitales. Celle-ci est saisie à bras le corps par la cheddada qui la secoue violemment ou la soulève de terre pour tout à coup la laisser retomber. Lorsque ces procédés n'entraînent pas la chute du placenta, la qabla attendra qu'elle se fasse spontanément avec une patience peu commune. Mais le placenta et ses membranes ne font l'objet d'aucune vérification et le tout sera jeté à la mer, enfoui dans le sol de la chambre ou simplement abandonné dans une fosse d'aisance.

Si la qabla n'apparaît donc pas comme particulièrement apte à surveiller une grossesse et à diriger un accouchement, par contre la période qui suit la naissance sera propice à l'étalage de sa science. C'est elle qui pourra laver le linge souillé du sang de la délivrance aux pouvoirs maléfiques redoutables, qui accompagne le sixième jour l'accouchée au bain et l'assistera dans le rite de purification. Elle sera présente aux

cérémonies qui concernent le nouveau-né : imposition du nom le septième jour, première coupe de cheveux le quarantième jour, circoncision si c'est un garçon, un peu plus tard. Ainsi, l'accouchement n'aura été pour la sage-femme traditionnelle qu'un prétexte pour s'immiscer dans la vie intime d'une famille et chercher à se rendre indispensable afin de multiplier les occasions de profits.

La qabla, dont la présence est toute symbolique au cours de l'accouchement normal, devient inutile, voire même dangereuse, dès que surgit une complication. Son incapacité à reconnaître un excès de liquide amniotique, une insertion placentaire anormale, à soupçonner un rétrécissement du bassin, une malformation utérine, sa méconnaissance des variétés de présentations et de positions, expliquent qu'elle ne puisse prévoir une complication ni faire face quand elle se produit. L'accident peut lui être familier, comme c'est le cas pour la procidence du cordon, elle ne sait lui porter remède si bien que la plupart des cas difficiles entraînent souffrance fœtale, épuisement et infection maternels et aboutissent à la mort de la mère et de l'enfant, victimes de la tradition et de l'ignorance. Devant cette évolution péjorative, on peut déplorer que la qabla, résignée, se satisfasse d'un « Dieu seul est grand », mais pour s'en étonner il faudrait que l'occultisme et l'irrationnel fussent l'apanage des sociétés primitives.

ACTIVITÉS DE LA MATERNITÉ DE RABAT

L'étude des activités de la Maternité de Rabat, depuis sa fondation en 1914, montre quelles difficultés éprouva l'Obstétrique classique à s'imposer dans les communautés locales soutenues et affirmées dans leurs préjugés et phobies de l'hôpital par de doctes personnes plus attachées à leur propre intérêt qu'au véritable respect de la tradition.

Les premiers accouchements pratiqués à la Maternité témoignaient rarement d'un choix délibéré de la patiente. Ils étaient parfois le fait du hasard, le plus souvent d'une complication imposant à la « qabla », plus ou moins rapidement suivant sa conscience et ses capacités, le transfert de sa « protégée » en milieu spécialisé.

L'accueil réservé, la nature et la qualité des soins dispensés, autant que les résultats obtenus par un personnel compétent et dévoué, permirent aux patientes une plus juste appréciation des valeurs et furent bientôt à l'origine de ces accouchements contraires à la « caïda », c'est-à-dire la coutume. Ainsi, progressivement, les conceptions et les méthodes de l'Obstétrique classique prenaient-elles le pas sur les croyances et pratiques ancestrales, arrachant le domaine médical à ce moyen-âge savamment perpétué.

Actuellement, la Maternité de Rabat — du moins pour la population des quartiers urbains ou de la proche banlieue — cesse de plus en plus d'être « l'ultima ratio » après l'échec des procédés traditionnels. Elle tend à entrer définitivement dans les mœurs pour apparaître comme la solution idéale aux problèmes posés par la gravido-puerpéralité.

1° Place de la Maternité de Rabat dans l'obstétrique marocaine.

A une époque où l'assistance médicale restait à organiser, la Maréchale Lyautey fondait cette œuvre de bienfaisance qui apportait à la colonie européenne grandissante les garanties qu'elle eût pu trouver en Europe. Sa capacité fut à l'origine de six lits puis de treize, bien suffisants pour les cinquante accouchements pratiqués en 1914-1915. Mais

l'extension de cette formation ne se ralentissait pas et devait prendre un essor tout particulier à partir de 1921, date de l'installation définitive dans les locaux actuels.

Aujourd'hui, rattachée au Ministère de la Santé, la Maternité est la seule formation obstétricale de Rabat-Préfecture, formant un centre autonome dirigé par un Médecin-Chef assisté d'un Médecin-Résident et de deux Internes.

Elle comporte :

- 100 lits répartis en chambres communes (3^{me} classe), chambres à quatre places (2^{me} classe) et chambres individuelles (1^{re} classe) ;
- une salle de travail divisée en huit boxes où les deux sages-femmes de garde surveillent les accouchements en cours ;
- deux salles d'opération ;
- un service de prématurés ;
- des annexés (école de sages-femmes, communauté religieuse, bureaux administratifs, logements, etc...).

Par sa capacité hospitalière et le nombre annuel d'accouchements pratiqués, la Maternité de Rabat occupe, derrière le Service spécialisé du Centre Hospitalier de Casablanca, la deuxième place des formations obstétricales du Maroc.

a) *Capacité hospitalière.*

— Formation obstétricale du Maroc.....	875 lits
— « Casablanca-Préfecture » (Centre hospitalier plus Hôpital Sidi-Soufi).....	176 lits
— Rabat-Préfecture (Maternité).....	100 lits

La Santé Publique dispose de 875 lits d'Obstétrique pour une population de 11.598.070 habitants, soit 0,8 lit pour 10.000 habitants. Cette faible proportion est aggravée encore par leur inégale répartition sur l'étendue du Royaume : l'ensemble Préfecture-Province de Casablanca et de Rabat, régions favorisées, offrent 386 lits pour 3.723.246 habitants, soit 1 lit pour 10.000, et dès lors l'équipement obstétrical du pays restant n'est plus que 0,6 lit pour 10.000 habitants.

Au sein d'une région, la répartition des lits d'Obstétrique est sujette à d'identiques variations : tandis que la capacité hospitalière des hôpitaux de la Province de Rabat est de 73 lits pour une population de 1.156.475 habitants (soit 0,6 lit pour 10.000 habitants), la seule Maternité de Rabat offre la ressource de ses 100 lits aux 224.901 habitants de la Préfecture, soit près de 4,5 lits pour 10.000 habitants.

Elle participe dans le rapport de 1/9 à l'équipement obstétrical et pourtant ces possibilités lui permettent à peine de couvrir ses besoins.

Parallèlement à son activité propre, il lui est dévolu le rôle de réceptacle des dystocies en provenance des autres formations hospitalières. Ces cas hautement dystociques imposent une hospitalisation et une surveillance prolongées, ce qui entraîne une immobilisation du personnel et une occupation des lits peu souhaitables. Les statistiques de l'Institut d'Hygiène révèlent, pour l'année 1960, des effectifs moyens quotidiens de 92,2 patientes, soit un taux d'occupation de 92,2 et une durée moyenne d'hospitalisation de cinq jours. Ce facteur expliquera qu'il puisse exister des erreurs par défaut dans notre étude sur la mortalité infantile précoce qui s'échelonne, l'enfant ayant respiré, de la naissance au dixième jour.

b) *Nombre d'accouchements.*

Le nombre d'accouchements pratiqués au Maroc, en 1960, se répartit ainsi :

— Ensemble des Hôpitaux.....	45.075
— Maternité du Centre Hospitalier de Casablanca....	8.188
— Maternité de Rabat.....	6.248

Dans les deux grands services d'Obstétrique du Maroc, Maternité du Centre Hospitalier de Casablanca et Maternité de Rabat, ont été pratiqués 32 % des accouchements qui se sont déroulés en milieu médical.

La Maternité de Rabat a contrôlé 13,8 % de l'ensemble des accouchements, alors que sa capacité hospitalière représente 11,4 % de la capacité obstétricale globale et que la population de la région de Rabat (Préfecture et Province), à laquelle elle s'adresse, atteint seulement 9,8 % de la population totale. Sans l'extraire du contexte obstétrical marocain — que dire s'il était fait état des normes européennes — la Maternité de Rabat, par son activité compte tenu de ses possibilités matérielles, fait figure d'un centre de première importance.

Si l'on compare pourtant le nombre d'accouchements effectivement pratiqués avec celui des accouchements théoriques calculé à partir du taux de naissance, l'importance des formations obstétricales marocaines en général, et de la Maternité de Rabat en particulier, devient toute relative. En effet, au cours de l'année 1960, correction faite des 3.140 morts-nés enregistrés, l'ensemble des formations hospitalières n'a contrôlé que le dixième des accouchements théoriques établis à partir du taux de naissance fixé à 45 ‰ pour les pays en voie de développement. Les accouchements survenus à la Maternité de Rabat représentent seulement 1 % du chiffre global théorique. Et tandis que dans cette formation ont été pratiqués 59 % des accouchements enregistrés

dans les centres hospitaliers de la région de Rabat, ce pourcentage se limite à 10 % si on l'établit à partir du chiffre théorique de naissance.

Ainsi, malgré une fréquentation plus assidue des formations obstétricales, au prix souvent d'un taux d'occupation confinant à la surcharge et d'une durée moyenne de séjour à l'imprudence, l'accouchement sous le contrôle des médecins de la Santé Publique reste-t-il trop souvent encore l'exception et l'accouchement sans surveillance, la règle.

2° Rayon d'action de la Maternité de Rabat.

Pour apprécier le rayonnement de la Maternité, nous avons noté le lieu d'origine d'une parturiente sur dix hospitalisées depuis le mois de janvier 1951. Ce sondage systématique, au taux de 1/10, a porté sur une population de 5.060 entrantes, donnant la répartition suivante :

— Rabat-Préfecture	4.524	(89,40 %)
— Rabat-Province	480	(9,48 %)
— Casablanca (Préfecture plus Province) ..	23	(0,43 %)
— Meknès (Préfecture plus Province)	13	(0,25 %)
— Marrakech (Préfecture plus Province) ...	6	(0,11 %)
— Tétouan (Préfecture plus Province)	4	(0,07 %)
— Taza (Préfecture plus Province)	3	(0,05 %)
— Fez (Préfecture plus Province)	3	(0,05 %)
— Agadir (Préfecture plus Province)	3	(0,05 %)
— Oujda (Préfecture plus Province)	1	(0,01 %)

Ainsi, 98,88 % des parturientes sont originaires de Rabat et de sa région. Les premières fournissent un lot important de cas eutociques ou de dystocies dépistées en temps opportun, ce qui permet le choix des méthodes thérapeutiques sans assombrir le pronostic fœtal et maternel, tandis que les autres — elles peuvent certes ne présenter aucune anomalie et l'explication de leur déplacement serait le prestige et l'attrait des créations urbaines auprès des campagnardes — sont le plus souvent à l'origine de dystocies de dernière heure, cause de ce transfert.

Il est heureux que la Maternité de Rabat soit ce centre d'évacuation vers lequel se tournent les formations hospitalières de la Province, non spécialisées et moins équipées, mais encore faudrait-il pour ne pas en limiter l'action et les résultats qu'il ne soit pas attendu l'extrême limite avant de songer à utiliser ses ressources. Quand lui seront confiés, à titre prophylactique, les cas adressés aujourd'hui parce qu'ils menacent la vie même de la mère, il sera possible d'exiger plus que la survie maternelle et d'envisager des attitudes thérapeutiques plus soucieuses de son avenir fonctionnel et des intérêts de l'enfant.

Dans la proportion de 1,12 %, les parturientes proviennent d'autres Préfectures ou Provinces, l'accouchement se déroule alors à plusieurs centaines de kilomètres, parfois, du lieu de résidence. Excepté le cas des patientes habitant les confins de la Province de Rabat, il est difficile de rattacher ce drainage à distance à une influence lointaine exercée par la Maternité. Peut-être faut-il y voir le résultat inattendu de causes variables : accouchement au cours d'un séjour chez les parents, au cours d'un déplacement dont les raisons peuvent être personnelles, religieuses, économiques, politiques mêmes. Ces faits surprennent peu car à l'imprécision classique du terme de la grossesse s'ajoute, dans cette couche de la population, la persistance de la croyance à l'enfant endormi dans le ventre de la mère et à la participation divine dans le déclenchement du travail. Dès lors, toute précaution à ce sujet semble bien inutile.

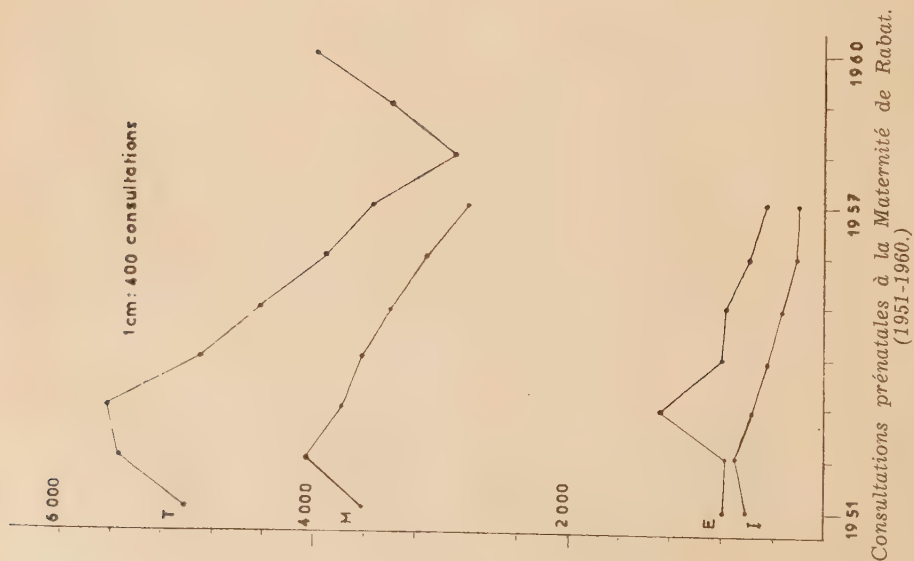
3° Activités de la Maternité de Rabat.

Nous ne parlerons pas des activités touchant aux prématurés nés à la Maternité ou venus de l'extérieur, ni de celles qui découlent des consultations gynécologiques fonctionnant dans les autres formations sanitaires. Nous limiterons notre étude au seul domaine obstétrical, aussi envisagerons-nous successivement les consultations prénatales dispensées et les accouchements pratiqués à la Maternité.

a) Consultations prénatales (cf. diagramme, p. 32).

Le matin fonctionne un service de consultations qui permet, outre le diagnostic de la grossesse et sa déclaration en temps opportun, la constitution de fiches personnelles. L'assistante sociale y mentionne les renseignements professionnels et familiaux de la patiente, tandis qu'à l'occasion des différents examens, la sage-femme le plus souvent, l'Interne ou le Médecin-Chef parfois, consigne les données médicales ou obstétricales. Ces renseignements tirés de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont étayés éventuellement par les investigations biologiques et radiologiques. Il est établi ainsi un pronostic qui, le moment de l'accouchement venu, dictera le choix de la méthode qui sera obstétricale, sans réserve ou limitée par une épreuve du travail, ou bien chirurgicale d'emblée.

Lorsque l'état de la gestante le nécessite, il est décidé des hospitalisations temporaires qui permettent, dans les conditions de travail et de surveillance idéales, de procéder aux différents examens complémentaires, de corriger les troubles constatés, d'établir un traitement d'entretien. De même sont admises dans le service des expectantes les gestantes au voisinage du terme qui habitent loin de la Maternité.



surtout si un élément pathologique se surajoute ou si une dystocie du début du travail est à craindre.

En plus de cette sécurité que permet la surveillance de la grossesse, ces visites prénatales exercent une heureuse influence psychologique sur les patientes. Déjà habituées aux lieux, connues souvent du personnel médical, leur dépaysement sera moindre quand l'accouchement arrivera. Elles se confieront sans appréhension pour ce dernier acte dépouillé dès lors de son contenu angoissant.

— Consultation et surveillance de la grossesse.

Du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961, à la Maternité de Rabat, le nombre de consultations est de 44.905 alors que celui des accouchements est de 49.374. En se basant sur les trois visites prénatales imposées par les caisses de Sécurité Sociale, le nombre des consultations devrait être trois fois supérieur à celui des accouchements et atteindre le chiffre de 148.122. Il n'en est rien et si l'on admet que celles qui consultent se plient à la législation en vigueur, 30 % des parturientes ont régulièrement suivi les visites. A supposer même que chaque consultation ait concerné une patiente différente, le nombre de parturientes dont la grossesse n'avait jamais été surveillée est de 4.469, soit 9 %. Donc le pourcentage des parturientes qui ont été vues avant l'accouchement varie, dans les cas extrêmes, de 30 % (surveillance idéale) à 90 % (surveillance insuffisante à raison d'une visite par patiente).

— Les consultations dans les différentes communautés.

Pour étudier l'accueil réservé aux consultations dans les trois communautés, nous allons faire état d'une statistique portant sur 39.491 consultations dispensées à la Maternité, du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1958, date à partir de laquelle, sur ordre ministériel, les origines ethniques n'ont plus été spécifiées sur les registres. La répartition fut la suivante :

— Musulmanes	29.119 soit 73,7 %
— Israélites	3.777 soit 9,5 %
— Européennes	6.595 soit 16,7 %

Il faut voir, dans ce gros pourcentage de Musulmanes qui représentent les trois quarts des consultations, plus qu'une soumission aux obligations dictées par les caisses de Sécurité Sociale — rares sont les affiliées — la preuve d'une évolution salubre des mœurs. Certes, la gratuité des visites permet à toutes les gestantes de bénéficier de ces examens, mais encore fallait-il que l'importance de ces derniers leur fût connue. En fonction du critère pécuniaire, la distribution fut :

	CONSULTATION gratuite	CONSULTATION payante
— Musulmanes	28.279	840
— Israélites	2.678	1.099
— Européennes	739	5.856
TOTAL	31.696	7.795

80,2 % des consultations furent gratuites et le pourcentage des Musulmanes qui en bénéficièrent fut de 89 %.

— Variations du nombre de consultations. Tentative d'explication.

L'accroissement du nombre des consultations et leurs variations seront donc directement influencés par la participation musulmane et ses fluctuations.

Du 1^{er} janvier 1941 au 1^{er} juillet 1961, le nombre des visites prénatales n'a pas été régulièrement croissant comme ce fut le cas pour les accouchements. Il a été possible de noter trois périodes :

- Phase ascendante de 1941 à 1953 : le nombre des visites annuelles était de 901 en 1941, doublait en 1945, devenait six fois supérieur en 1952 pour atteindre, l'année suivante, son maximum avec le chiffre record de 5.635. Parallèlement, on note un accroissement de la clientèle musulmane pour qui les consultations passaient de 2.484, en 1947, à 4.086, en 1952. Chez les Européennes et les Israélites, les consultations passaient respectivement de 1.013 et 576, en 1947, à 759 et 705, en 1952. La désaffection des Européennes est largement compensée par une participation plus grande des Marocaines, Israélites et Musulmanes.
- Une phase décroissante de 1954 à 1958 : la chute annuelle est de 500 consultations, dont le nombre le plus bas est de 2.901, atteint en 1958. Cette diminution tient à une désertion touchant les trois communautés, mais celle des Musulmanes est plus accentuée et, de ce fait, directement responsable de la tendance générale. Chez ces dernières en effet, le nombre des consultations, déjà tombé à 3.660 en 1954, n'est plus que de 3.105 en 1956 et 918 pour le premier semestre 1958.
- Une nouvelle remontée semble s'amorcer depuis 1959, où il a été enregistré 3.415 consultations, dont le nombre s'est encore accru en 1960 puisqu'il était de 3.997.

S'il est facile d'imputer aux facteurs psychologiques le peu de consultations d'abord dispensées aux Musulmanes prisonnières des tra-

ditions, il devient malaisé d'expliquer une désaffection subite succédant à une fréquentation assidue. Tout au plus, pouvons-nous remarquer que les Marocaines se présentèrent moins nombreuses aux consultations de 1954 à 1958, c'est-à-dire au cours des deux années qui précédèrent et qui succédèrent à celle où fut proclamée l'indépendance du Maroc. Il est possible que cette tendance ait été la traduction d'une méfiance engendrée par les événements politiques. P. JUNG a déjà attiré l'attention sur leur rôle : « Ils ont donné aux Marocains, dit-il, le sentiment d'être à nouveau chez eux, ce qui les a incités à venir nombreux se faire soigner dans les formations de la Santé Publique. » Ces raisons peuvent-elles être retenues ici ? Pour répondre par l'affirmative, il faudra, toute chose restant égale par ailleurs, que la remontée enregistrée depuis 1958 se poursuive, à moins que d'autres interférences politiques n'aient lieu. La séduisante explication de P. JUNG ne rend pas compte pourtant des deux ans de latence écoulés avant qu'elle ne se vérifiât dans ce cas particulier des consultations.

b) *Accouchements.*

La physionomie des accouchements pratiqués à la Maternité est loin de présenter un type standard. Il est possible de les classer en deux grandes catégories : les accouchements après une grossesse surveillée et les accouchements sans visites prénatales.

— Les accouchements qui mettent un terme à une grossesse surveillée se déroulent dans des conditions obstétricales idéales, en tout point identiques à celles des pays plus avancés dans ce domaine de l'assistance médicale. Les troubles gravidiques pathologiques, les incompatibilités sanguines fœto-maternelles, les infections générales, les maladies nutritionnelles ont été dépistés et traités ou sont connus et dès lors il sera tenu compte de leur existence dans le choix de la conduite à tenir. Certains éléments qui conditionnent la marche normale de l'accouchement — perméabilité du bassin, formation du segment inférieur et la souplesse des parties molles pour la mère : accommodation, volume et position du fœtus — permettent déjà un pronostic provisoire tant que persiste l'inconnue sur la qualité des contractions utérines. Ces renseignements, accompagnés de remarques et de recommandations, figurent sur les fiches individuelles. Dès l'admission de la patiente à la Maternité, le plus souvent au tout début du travail, sa fiche lui est remise. Le rôle de la sage-femme sur le plan obstétrical et psychologique s'en trouvera facilité et son efficacité accrue.

— Les accouchements des patientes qui n'ont jamais été suivies pendant leur grossesse restent les plus nombreux et peuvent s'expliquer de deux façons :

- Par un excès de confiance : ces parturientes n'avaient pas consulté pendant leur grossesse parce qu'elles n'avaient remarqué aucun élément anormal. Il s'agit en général de multipares évoluées, bien renseignées sur l'état de grossesse, domiciliées en ville ou disposant d'un moyen de locomotion particulier. Elles se présentent parfois à la Maternité en début de travail — des raisons de convenances personnelles expliquent souvent cet empressement — mais souvent elles attendent qu'il se soit déjà installé pour s'en inquiéter ou que la poche des eaux se rompe. Ces accouchements se déroulent bien en général, souvent même avant l'installation de la patiente en salle de travail. Les possibilités de dystocies ne sont pas éliminées et de même il peut exister un élément isolé de la triade de la maladie gravidique tardive, mais les accidents sont toutefois rares.
- Par ignorance et respect des traditions : dans ce groupe entrent les patientes aux ressources modestes ou quasi inexistantes, femmes des bidonvilles et de la campagne, encore sous l'emprise de la « qabla » et de ses méthodes. Elles font appel aux médecins avec l'accord de la qabla quand, la dystocie étant produite, tous les procédés empiriques ont échoué. Ainsi, parviennent, à la Maternité, des cas hautement dystociques souvent adressés par les petites formations hospitalières dont ils dépassaient les ressources thérapeutiques. Ils alimentent une pathologie oubliée ailleurs, encore classique ici, et qui nous reporte aux premiers balbutiements de l'Obstétrique moderne : épaules négligées depuis plusieurs jours, utérus en pré-rupture ou rompus, femmes épuisées, exsangues, infectées, en état de choc. Le seul traitement obstétrical, pour sauver cette malheureuse, l'embryotomie, est celui d'une autre époque tandis qu'il faudra avoir recours aux dernières ressources de la chirurgie et de la réanimation.

Etude numérique (cf. diagramme, p. 32).

Tandis que C. et J. MARMEY relevaient 5.000 accouchements pour la période d'août 1922 à février 1932 et établissaient la première statistique concernant la Maternité de Rabat, trente ans plus tard, au cours d'une période à peine plus longue — du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961 — le nombre d'accouchements fut dix fois supérieur (exactement 49.374 accouchements). Une telle différence tient à l'accroissement continu du nombre d'accouchements. Le chiffre annuel, qui était de 238 en 1921, passe à 741 dix ans plus tard et à 885 en 1941. Après la Guerre, cette augmentation est encore plus sensible : le millier d'accouchements est dépassé en 1942 (exactement 1.151), le cap des deux mille atteint cinq ans plus tard (1.934 accouchements en 1947), celui des quatre mille en 1955 (exactement 4.355) et des six mille en 1960 (exactement 6.248).

L'explication de cette évolution est l'importance de la participation marocaine, musulmane surtout. En effet, la répartition ethnique des accouchements survenus du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961 est la suivante :

— Musulmanes	39.124 soit 79,2 %
— Européennes	7.026 soit 14,2 %
— Israélites	3.224 soit 6,5 %

Le pourcentage des accouchements marocains est de 93,4 % alors qu'ils représentent le sixième des accouchements jusqu'en 1941.

La participation des Musulmanes est considérable (79,2 %). Elle n'a pas cessé de se développer, surtout intense à partir de 1953, au point que les Marocaines constituent l'essentiel de la clientèle actuelle, comme le montre une étude raciale comparative sur dix ans :

ACCOCHEMENTS pratiqués	ANNÉE 1950	ANNÉE 1960
— Musulmanes	1.182 = 46,38 %	5.387 = 93,42 %
— Israélites	338 = 13,26 %	269 = 4,30 %
— Européennes	1.028 = 40,34 %	142 = 2,27 %
TOTAL	<u>2.548</u>	<u>6.248</u>

Tandis que le taux d'accroissement du nombre d'accouchements fut pendant cette période de 145,2 %, le pourcentage de la participation musulmane doublait alors que celui des Israélites et des Européennes devenait respectivement trois fois et vingt fois moindre.

La Maternité trouvait enfin audience auprès de cette fraction de la population, la plus nombreuse, la moins aisée et, de ce fait, la plus exposée aux sévices des « qablat ». S'il faut savoir gré aux services officiels de l'effort qu'ils entreprirent et poursuivirent dans ce sens, il faut louer les Marocaines de les avoir compris et d'en avoir permis le succès. Par sa vitalité et son désir d'émancipation, la femme marocaine — d'une façon d'abord timide et localisée puis massive — ne s'est pas opposée aux forces du progrès même lorsqu'elles furent d'émanation étrangère.

Certaines réserves s'imposent pourtant. Il est à noter en effet que la baisse sensible du nombre de consultations en milieu marocain (période de 1954-1958) n'a pas affecté celui des accouchements bien au contraire. Ce fait dénote-t-il une inégale appréciation de leur utilité par les patientes ? Les consultations pourraient leur paraître moins utiles

et déterminantes que la surveillance médicale au cours de l'accouchement, ce qui rendrait facultatives les premières et permettrait de s'en dispenser dès que surgit un événement extérieur. Voilà qui donne la mesure de l'effort qui reste à accomplir avant que les mesures prophylactiques paraissent au moins aussi importantes que la thérapeutique proprement dite.

4° Etude statistique du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961.

a) Présentations fœtales.

— Nombre :

présentation céphalique.....	47.369 soit 95,9 %
présentation du siège.....	1.739 soit 3,5 %
complet	908
décomplété	831
présentation de l'épaule.....	266 soit 0,5 %

La fréquence de ces présentations dans notre statistique est identique à celle que donnent les travaux d'autres auteurs.

b) Mortalité périnatale.

Tout au long de ce travail, la mortalité sera étudiée en fonction des rubriques préconisées par KOLLER et WENNER, de Bâle, et présentées au Congrès de Gynécologie et Obstétrique de 1946. Il sera fait état de mortalité « pendant la grossesse », « pendant l'accouchement » (enfant n'ayant pas respiré) — ces deux rubriques seront groupées sous l'appellation plus générale de « morti-natalité » — et « après l'accouchement » ou « mortalité néo-natale » (exitus dans les dix jours qui suivent l'accouchement, l'enfant ayant respiré). Dans notre étude, les résultats seront toujours mentionnés dans cet ordre. Il est à noter qu'une partie de la mortalité néo-natale nous échappe par suite d'une hospitalisation moyenne de cinq jours.

— Mortalité périnatale générale :

Sur les 49.374 accouchements pratiqués à la Maternité, la mortalité périnatale (du sixième mois de la grossesse au dixième jour qui suit l'accouchement) a été de 2.348, soit 4,7 % ; elle se répartit ainsi :

mortalité pendant la grossesse.....	922 soit 1,8 %
mortalité pendant l'accouchement.....	493 soit 0,9 %
(la morti-natalité fut donc de 2,7 %)	
mortalité après l'accouchement.....	933 soit 1,8 %

— Mortalité périnatale dans les différentes présentations :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	47.369	1.827 (694 ; 385 ; 748)
Siège :		
complet	908	229 (85 ; 45 ; 99)
décomplété..	831	182 (76 ; 39 ; 67)
Epaule	266	110 (67 ; 24 ; 19)
TOTAL	49.374	2.348 (922 ; 493 ; 933)

Ce qui fait en pourcentage :

- Présentation céphalique : mortalité périnatale : 3,8 % (morti-natalité : 2,3 % ; mortalité néo-natale : 1,5 %) ;
- Présentation du siège : mortalité périnatale : 23,6 % (morti-natalité : 14 % ; mortalité néo-natale : 9,6 %) ;
- Présentation de l'épaule : mortalité périnatale : 41,3 % (morti-natalité : 34,2 % ; mortalité néo-natale : 7,1 %).

c) *Accouchements normaux.*

Dans cette catégorie entrent les accouchements spontanés, « dirigés » et accélérés par les méthodes médicamenteuses.

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	44.001	1.365 (546 ; 200 ; 619)
Siège :		
complet	753	185 (71 ; 34 ; 80)
décomplété..	738	154 (66 ; 29 ; 59)
Epaule	4	4 (3 ; 1 ; 0)
(conduplicato corpore)		
TOTAL	45.496	1.708 (686 ; 264 ; 758)

mortalité périnatale.....	3,7 %
morti-natalité	2,1 %
mortalité néo-natale.....	1,6 %

d) *Accouchements par les méthodes obstétricales.*

— Version par manœuvres internes :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	201	70 (24 ; 31 ; 15)
Epaule	167	61 (29 ; 17 ; 15)
TOTAL	368	131 (53 ; 48 ; 30)

mortalité périnatale.....	35,6 %
morti-natalité	27,4 %
mortalité néo-natale.....	8,4 %

— Grande extraction du siège :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Siège complet.....	121	33 (13 ; 8 ; 12)
Siège décomplété....	66	26 (10 ; 9 ; 7)
TOTAL	187	59 (23 ; 17 ; 19)
mortalité périnatale.....	31,5 %	
morti-natalité	21,4 %	
mortalité néo-natale.....	10,1 %	

— Forceps :

DEGRÉ DE DESCENTE de la présentation	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Détroit supérieur....	138	26 (6 ; 11 ; 9)
Excavation haute....	385	57 (6 ; 29 ; 22)
Excavation moyenne.	932	97 (28 ; 34 ; 35)
Excavation basse....	525	35 (9 ; 16 ; 10)
Vulve	117	17 (9 ; 5 ; 3)
TOTAL	2.097	232 (58 ; 95 ; 79)
mortalité périnatale.....	11 %	
morti-natalité	7,2 %	
mortalité néo-natale.....	3,8 %	

— Symphyséotomie :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	152	19 (0 ; 17 ; 2)
Siège complet.....	1	0
Siège décomplété....	3	2 (0 ; 1 ; 1)
TOTAL	156	21 (0 ; 18 ; 3)
mortalité périnatale.....	13,5 %	
morti-natalité	11,6 %	
mortalité néo-natale.....	1,9 %	

— Embryotomie :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	46	46 (29 ; 17 ; 0)
Epaule	27	27 (24 ; 3 ; 0)
TOTAL	73	73 (53 ; 20 ; 0)

Ces résultats sont donnés à titre de renseignements, puisque la mortalité fœtale est antérieure à la manœuvre.

e) *Accouchements par les méthodes chirurgicales.*

— Césarienne vaginale :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	1	1 (0 ; 0 ; 1)
Siège complet.....	2	2 (0 ; 0 ; 2)
Siège décompleté....	0	
Epaule	1	0
TOTAL	4	3 (0 ; 0 ; 3)

mortalité périnatale..... 75 %

morti-natalité nulle

mortalité néo-natale..... 75 %

— Césarienne abdominale :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	830	60 (10 ; 19 ; 31)
Siège complet.....	30	8 (0 ; 3 ; 5)
Siège décompleté....	24	0
Epaule	60	12 (5 ; 3 ; 4)
TOTAL	944	80 (15 ; 25 ; 40)

mortalité périnatale..... 8,4 %

morti-natalité 4,2 %

mortalité néo-natale..... 4,2 %

— Hystérectomie :

PRÉSENTATION	NOMBRE	MORTALITÉ PÉRINATALE
Céphalique	41	34 (27 ; 6 ; 1)
Siège	1	1 (1 ; 0 ; 0)
Épaule	7	6 (6 ; 0 ; 0)

5° Conclusions.

Avec une capacité hospitalière de 100 lits —le neuvième de l'équipement obstétrical du Maroc — dont le taux d'occupation est de 92,2 %, la Maternité de Rabat, en 1960, a contrôlé 13,8 % des accouchements pratiqués dans l'ensemble des formations sanitaires du Maroc.

Dans 98,9 % des cas, les parturientes résident à Rabat ou dans la région. La Maternité répond donc aux besoins d'une population de 1.381.376 habitants.

Notre étude a porté sur la période du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961 :

— Consultations prénatales : 44.905 :

dans 83,2 % des cas, il s'agissait de Marocaines, dans 73,7 % de Musulmanes ;

dans 80,2 % des cas, les consultations furent gratuites.

— Accouchements : 49.374 :

dans 93,4 % des cas, il s'agissait de Marocaines, dans 79,2 % de Musulmanes.

— Présentations fœtales :

céphalique : 95,9 % ; siège : 3,5 % ; épaule : 0,5%.

— Mortalité périnatale : 2.348, soit 4,7 %.

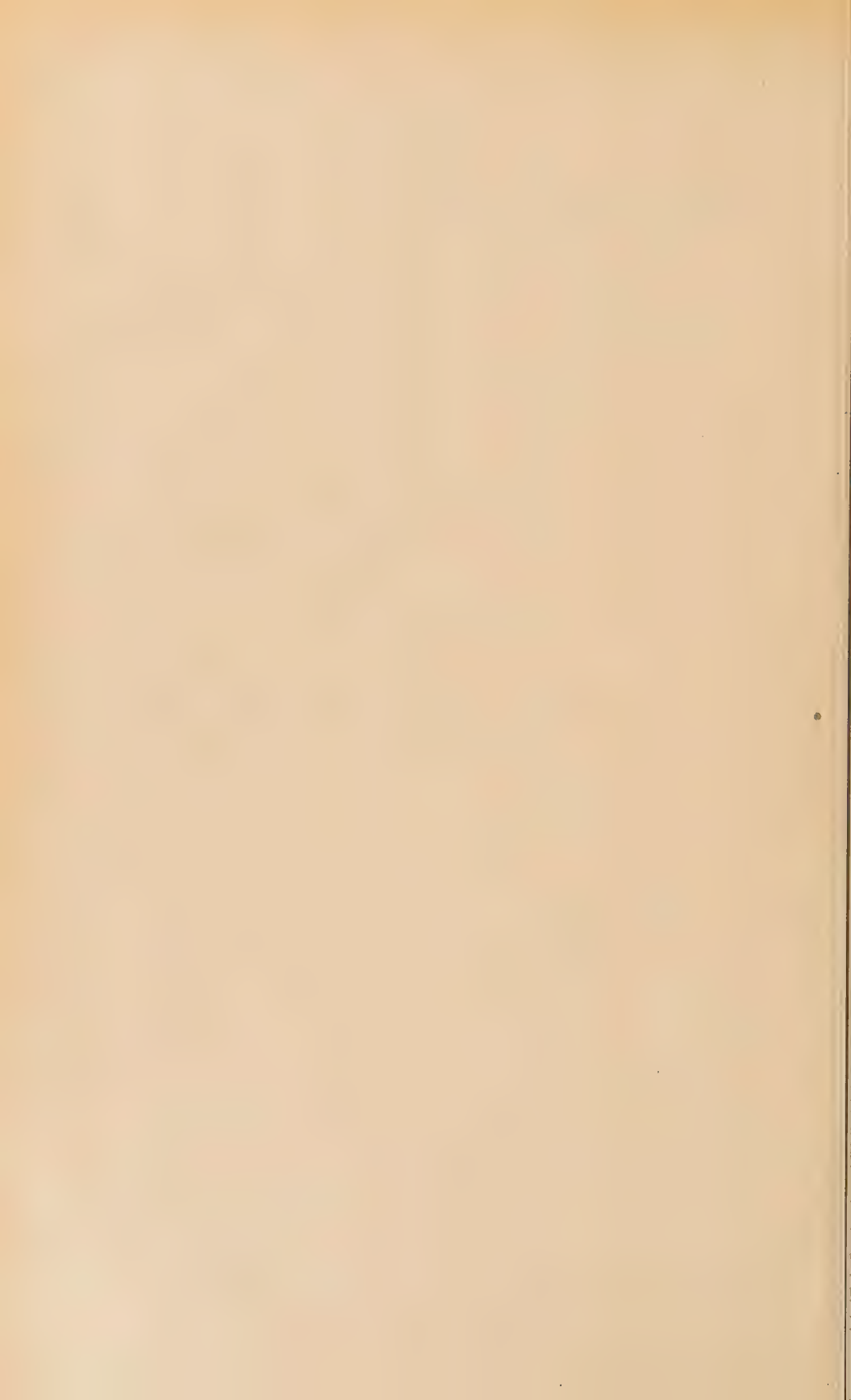
PRÉSENTATION	MORTALITÉ périnatale	MORTI- NATALITÉ	MORTALITÉ néo-natale
Céphalique	3,8 %	2,3 %	1,5 %
Siège	23,6 %	14 %	9,6 %
Épaule	41,3 %	34,2 %	7,1 %

— Accouchements normaux :

nombre : 45.496 ;

mortalité périnatale : 3,7 % (morti-natalité : 2,1 % ; mortalité néo-natale : 1,6 %).

- Accouchements par les méthodes obstétricales :
nombre : 2.881 ;
mortalité périnatale : 17,9 % (morti-natalité : 13,4 % ; mortalité
néo-natale : 4,5 %).
 - Accouchements par les méthodes chirurgicales :
nombre : 997 ;
mortalité périnatale : 12,4 % (morti-natalité : 8 % ; mortalité néo-
natale : 4,4 %).
-



**ETUDE PARTICULIERE DE LA MORTALITE PERinataLE
EN CAS DE PROCIDENCE DU CORDON**

INTRODUCTION

Parmi les anomalies du cordon ombilical, la procidence est la plus fréquente et la plus redoutable. La tige funiculaire, vectrice de la circulation fœto-maternelle, perd sa valeur fonctionnelle et entraîne une anoxie fœtale rapidement mortelle. Cette complication, sans danger pour la mère, compromet ainsi gravement la vie du fœtus et constitue une véritable urgence obstétricale. Elle impose, dans les délais les plus brefs, un traitement efficace et approprié si l'on veut éviter un dénouement tragique à une grossesse jusqu'alors « sans histoires ».

Dans notre étude, le pronostic fœtal retiendra particulièrement notre attention. Nous suivrons le plan suivant :

— Dans un premier chapitre, nous rappellerons les notions classiques sur la procidence du cordon. Nous leur comparerons nos résultats.

— Dans un second chapitre, nous étudierons l'étude proprement dite du pronostic fœtal. Nous envisagerons l'influence :

du facteur racial ;
de la parité ;
de la présentation ;
de la dilatation ;
de la thérapeutique.

— Dans un dernier chapitre, quelques considérations thérapeutiques termineront notre étude.

RAPPEL DES NOTIONS CLASSIQUES SUR LA PROCIDENCE DU CORDON

1° Définitions.

La procidence du cordon est la descente de la tige funiculaire au-devant de la partie fœtale qui se présente. La procidence est dite vraie lorsque, la poche des eaux étant rompue, le cordon se trouve au-dessous du point déclive de la présentation.

Il s'agit de procubitus lorsque la poche des eaux est intacte ; c'est souvent le premier stade de la procidence vraie.

Il y a latérocidence chaque fois que le cordon est à côté de la présentation sans atteindre le point déclive.

La procidence est compliquée ou complexe quand la procidence d'un membre s'ajoute à celle du cordon, « la procidence appelle la procidence » disait M^{me} LA CHAPELLE, montrant assez la fréquence de cette association.

2° Fréquence.

Les différentes statistiques actuelles révèlent une fréquence moindre par rapport à celle de travaux plus anciens.

M^{me} LA CHAPELLE, TARNIER : 1 pour 512 accouchements.

RIBEMONT-DESSAIGNES : 1 pour 250 accouchements.

FODA (thèse, Lyon, 1940) : 3,6 ‰.

PALLIEZ et DELECOUR : 4,6 ‰.

GENOUD (thèse, Lyon, 1962) : 2.14 ‰.

Nous avons relevé, à la Maternité de Rabat, 464 procidences sur 49.374 accouchements, soit 1 procidence pour 106,4 accouchements (0.94 ‰). Cette fréquence est influencée par plusieurs facteurs :

— *Facteur racial :*

Musulmanes : 429 procidences pour 39.124 accouchements (1,09 %)
 Israélites : 21 procidences pour 3.224 accouchements (0,65 %)
 Européennes : 14 procidences pour 7.026 accouchements (0,20 %)

Tandis que chez ces dernières la fréquence n'est pas plus élevée qu'en Europe, chez les Musulmanes elle est cinq fois plus grande. La cause essentielle tient au nombre plus grand de viciations pelviennes : J. MARMEY mentionnait un taux de 27 ‰ chez les Musulmanes alors qu'il était de 8 ‰ chez les Israélites et de 5 ‰ chez les Européennes (statistique raciale comparative sur 10.000 accouchements).

— *Facteur parité :*

Primipares 105 soit 22,6 % (19,5 % in thèse de Genoud)
 Multipares 359 soit 77,4 % (79 % ib.).

Dans la statistique générale, apparaît la notion classique d'une fréquence plus élevée, de la procidence, chez la multipare. Par contre, une statistique partielle, limitée aux Musulmanes, révèle un taux de 92,3 % pour les primipares et 92,4 % pour les multipares. L'extrême jeunesse de ces premières, cause d'utérus hypotrophiques ou cylindriques et de bassins infantiles, explique la fréquence des présentations anormales et des troubles de l'accommodation au cours de leurs gestations précoces. J. MARMEY avait déjà attiré l'attention sur « la rareté de la tête fixée, au terme de la grossesse, chez les Musulmanes primipares.

— *Facteur présentation :*

Présentation céphalique.. 358 soit 77,1 % (62 % thèse Genoud)
 Présentation du siège.... 61 soit 13,1 % (25 % ib.)
 Présentation de l'épaule. 45 soit 9,6 % (13 % ib.)

La fréquence, plus élevée dans la présentation céphalique, relève de l'étiologie citée plus haut.

— *Influence combinée de ces facteurs :*

PRÉSENTATION	MUSULMANES	ISRAÉLITES	EUROP.
—	—	—	—
Céphaliques	77-254	1-16	5-5
Siège complet.....	16- 31	1- 1	1-1
Siège décomplété.....	2- 6	0- 1	0-1
Epaule	2- 41	0- 1	0-1

Dans chaque colonne, le chiffre de gauche concerne les primipares, celui de droite les multipares.

3° Etio-pathogénie.

L'attitude normale du fœtus incurvé sur son plan antérieur, ménageant dans sa concavité ventrale entre genoux et coudes une « niche » où se pelotonne le cordon, explique que, malgré une longueur de 45 à 60 centimètres, une mobilité extrême et une densité supérieure à celle du liquide amniotique, la procidence ne soit pas plus fréquente. De plus, une bonne ampliation du segment inférieur permet son accollement plus intime à la présentation et empêche que le cordon ne s'insinue entre eux et ne glisse au-dessous du pôle fœtal. Une bonne accommodation fœto-utérine et fœto-pelvienne est donc nécessaire pour éviter cet « accident ».

Ainsi, seront capables de provoquer une procidence les anomalies qui perturbent cet état physiologique. Nous pouvons les classer, en fonction de leur mécanisme, en deux catégories :

- les dysharmonies fœto-funiculaires ;
- les troubles de l'accommodation fœto-maternelle.

Dysharmonies fœto-funiculaires.

Le cordon ne peut plus trouver place dans sa loge par suite de modifications survenues dans leur rapport. Les causes de cette disproportion entre contenu et contenant tiennent soit au fœtus, soit au cordon.

- Causes funiculaires :

Longueur du cordon : il est deux variétés de longueurs exagérées :

- une longueur exagérée naturelle lorsque le cordon est supérieur à 65 centimètres. Cette éventualité rare est favorisante. La fréquence de la procidence est six fois plus grande quand la longueur dépasse 75 centimètres (MENGERT et LONGWELL) ;
- une longueur exagérée relative, par insertion basse du cordon quand le placenta est praevia : l'insertion du cordon — souvent vélamenteuse ou en raquette — près de l'orifice cervical, prédispose aux procidences. Il s'associe souvent présentations vicieuses et mauvaise accommodation.

Nœud du cordon : favorise la chute d'un cordon déformé et alourdi.

Tumeurs : les kystes sont peu fréquents et les pseudo-kystes encore plus rares.

- Causes fœtales :

Présentations vicieuses :

Présentation de l'épaule : le fœtus tend à se verticaliser pendant le travail, entraînant la chute du cordon ;

Présentation du siège décomplété : la flexion normale du tronc est rendue impossible par les membres inférieurs qui forment attelle. Cette présentation est souvent imposée par une obliquité ou une hypotrophie utérines, indirectement responsables donc de la procidence ;

Présentation de la face : la déflexion n'est pas localisée à la tête.

Tout le corps participe à ce mouvement et la colonne vertébrale est en forte lordose : au lieu de faire le « gros dos », le fœtus fait le « gros ventre ».

Malformations fœtales :

ascite congénitale ;
rétention d'urine congénitale ;
œdème fœtal généralisé ;
omphalocèle.

Troubles de l'accommodation fœto-utérine et fœto-pelviennne.

Ils conditionnent l'apparition de la procidence alors que les dysharmonies fœto-funiculaires créent seulement un état favorable à la chute funiculaire. Le plus souvent, une même cause entraîne les deux perturbations, toutes les conditions sont dès lors requises pour que la complication ait lieu.

— Causes maternelles :

Multiparité : il y a relâchement des parois utérines et abdominales. L'accommodation n'est plus sollicitée par la cavité devenue complaisante : présentation vicieuse et défaut d'engagement sont les conséquences.

Viciations pelviennes : surtout les bassins rétrécis et aplatis. Ils entraînent un défaut d'engagement ou, s'il se produit, il y a persistance de vides propices au passage du cordon.

Tumeur praevia : fibromes, kystes. Elles agissent dans le même sens.

— Causes fœtales :

Anomalie de volume :

fœtus trop gros : les têtes volumineuses ne s'engagent pas ;

fœtus trop petit : gemellité, prématurité, toute disproportion fœto-maternelle dispose à la procidence.

Anomalie de présentation :

présentation de la face : entraîne une mauvaise adaptation de la face au segment inférieur et au détroit supérieur ;

présentation de l'épaule : le détroit supérieur est libre, autorisant la chute du cordon, d'un membre ou deux.

Malformations de l'extrémité céphalique.

Procidence d'un membre : prend un rôle conducteur mais aussi protecteur vis-à-vis du cordon.

— Causes ovulaires :

Hydramnios : les présentations vicieuses et leur défaut d'engagement sont fréquentes tandis que l'accommodation de présentations eutociques est perturbée. D'autre part, le cordon peut se trouver entraîné au moment de la rupture de la poche des eaux, par la fuite brutale et abondante de liquide.

Insertion du placenta sur le segment inférieur : responsable aussi de présentations vicieuses (épaule).

4° Evolution.

Avec AUVARD, il est possible de distinguer trois étapes dans la procidence du cordon. Elles retentiront en partie sur le pronostic fœtal.

— Etape intra-utérine : l'anse funiculaire reste en deçà de l'orifice utérin externe ;

— Etape intra-vaginale : l'anse du cordon pend dans le vagin mais n'apparaît pas à la vulve ;

— Etape extra-vulvaire : l'anse du cordon a franchi l'orifice vulvaire.

5° Conséquences physio-pathologiques.

Lorsque le « cordon descend avant son tour », il est menacé de compression, de dessiccation, d'inhibition réflexe.

La compression du cordon entre la présentation et les parois utéro-pelviennes est d'autant plus grave que le cordon se trouve en position antérieure ou latérale et que la présentation est plus eutocique.

Elle est moins dangereuse dans :

— la présentation du siège et de l'épaule que dans la présentation céphalique ;

— les associations avec la procidence d'un membre ;

— les cas de membranes intactes.

Le cordon se défend :

— par sa constitution qui le rend résistant à la compression ;

— par sa mobilité surtout due à ses surfaces lisses et glissantes qui lui permettent de se réfugier dans les sinus sacro-iliaques où la compression est moins intense.

L'importance de la dessiccation a été soulignée par METZGER, reprenant une idée de MAURICEAU.

L'arrêt de la nutrition du cordon par inhibition à partir du liquide amniotique — arrêt maximum lorsque le cordon est extra-vulvaire — entraîne la mort du cordon par dessiccation intense et, secondairement, celle du fœtus. Peut-être y a-t-il libération de toxines au niveau des tissus funiculaires mortifiés.

Une inhibition réflexe a été invoquée dans la pathogénie des perturbations circulatoires au niveau du cordon procident. L'origine de ces troubles pourrait être de nature réflexe à point de départ funiculaire. L'absence de nerfs dans le cordon suggère une origine vasculaire.

En fait, ces trois facteurs interviennent probablement à des degrés divers avec prédominance particulière de l'un suivant les cas : compression surtout en cause dans les présentations céphaliques ; rôle primordial de la dessiccation quand le cordon est extra-vulvaire, éventualité fréquente dans la présentation de l'épaule.

6° Diagnostic.

Il se fera à l'occasion de deux circonstances différentes :

— La procidence est soupçonnée devant une souffrance fœtale : une modification des bruits du cœur fœtal, un liquide méconial, imposent un toucher manuel profond et circulaire qui pourra montrer l'existence d'un procubitus ou d'une procidence.

— La procidence est découverte à l'occasion d'un examen chez une femme en travail :

Il peut s'agir d'un procubitus : une petite masse, mobile, fuyant sous les doigts, et surtout animée de battements, est perçue à travers la poche des eaux intacte. L'existence de pulsations évite la confusion avec un petit membre mobile tandis que la mobilité permet d'éliminer la possibilité de vaisseaux maternels animés aussi de battements.

Il peut s'agir d'une procidence : le diagnostic est évident quand le cordon est extra-vulvaire, facile quand il est intra-vaginal. L'important est surtout de savoir si le cordon est encore pulsatile, premier élément du pronostic fœtal.

LA MORTALITÉ PÉRINATALE EN CAS DE PROCIDENCE DU CORDON

Le fait d'associer souffrance fœtale et procidence du cordon au point de suspecter celle-ci sur les manifestations de la première, montre assez quelle gravité revêt cette complication pour la vie du fœtus.

Quel que soit le mécanisme de l'atteinte funiculaire — compression, dessiccation, inhibition réflexe, ou leur synergie éventuelle — les perturbations de l'hémodynamique fœto-maternelle sont les mêmes. Dans un premier stade, il y a ralentissement des échanges fœto-maternels qui affectent l'oxygénation surtout. Il se produit ainsi une anoxie dont la traduction clinique est une modification du rythme et de l'intensité des bruits du cœur fœtal ; ultérieurement, ses complications cérébro-méningées et pulmonaires seront à craindre. S'il n'est pas porté remède à cette situation, la mort du fœtus s'ensuivra, plus ou moins rapide, influencée par la position du cordon, l'intensité de la compression, de la dessiccation.

La mortalité périnatale sera envisagée dans les trois aspects déjà indiqués : « mortalité pendant la grossesse », « pendant l'accouchement », « après l'accouchement ». Nous avons classé, dans la rubrique « pendant la grossesse », bien que la procidence survienne au cours du travail, les cas où l'exitus fut antérieur à leur admission dans le service, la vitalité de l'enfant n'ayant jamais été contrôlée.

Notre étude sur la mortalité périnatale au cours de la procidence fait état de 464 cas survenus au cours des 49.374 accouchements pratiqués à la Maternité de Rabat, du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961.

Nous envisagerons successivement :

— la mortalité périnatale globale ;

— les incidences fœtales des facteurs suivants :

race,
parité,
présentation,
dilatation,
thérapeutique.

1° Mortalité périnatale globale.

- Nombre de procidences : 464.
- Mortalité périnatale : 165, soit 35,5 % :

pendant la grossesse.....	88 soit 18,9 % ;
pendant l'accouchement.....	52 soit 11,2 % ;
après l'accouchement.....	25 soit 5,2 %.

Dans plus de la moitié des cas, l'exitus fœtal avait précédé l'entrée à la Maternité. Cette évolution péjorative, avant toute possibilité de traitement, met l'accent sur la rapidité avec laquelle il faut intervenir. ce facteur apparaissant, dans notre travail, plus important que le choix de la méthode : 18,9 % en l'absence de traitement contre 16,4 % quel que fût celui-ci. Elle témoigne en outre de l'effort qu'il reste à fournir dans le dépistage des dystocies.

Les différentes statistiques révèlent des résultats analogues :

ANDERODIAS : mortalité de 50 % (sur 61 observations) ;
PALLIEZ et GERNEZ : mortalité de 63 % (95 observations) ;
FODA : mortalité de 45 % (71 observations) ;
BOURBON : mortalité de 50 % (150 observations) ;
GENOUD : mortalité de 27 % (52 observations).

Au cours de la même période, la mortalité périnatale, en l'absence de procidence, se répartissait ainsi :

- Nombre d'accouchements : 48.910.
- Mortalité périnatale..... 2.183 soit 4,4 %

pendant la grossesse.....	834 soit 1,6 %
pendant l'accouchement.....	441 soit 0,8 %
après l'accouchement.....	908 soit 1,8 %

En l'absence de procidence, les autres causes de mortalité fœtale en fin de grossesse ou au début du travail ne présentent pas le même caractère d'urgence et, dès lors, la rubrique « pendant la grossesse » n'aggrave pas le pronostic fœtal.

2° Facteur racial.

Musulmanes :

- Nombre de procidences : 429.

— Mortalité périnatale.....	159 soit 37 %
pendant la grossesse.....	86 soit 20 %
pendant l'accouchement.....	50 soit 11,6 %
après l'accouchement.....	23 soit 5,4 %

Israélites :

— Nombre de procidences : 21.	
— Mortalité périnatale.....	4 soit 19 %
pendant la grossesse.....	2 soit 9,5 %
pendant l'accouchement.....	1 soit 4,7 %
après l'accouchement.....	1 soit 4,7 %

Européennes :

— Nombre de procidences : 14.	
— Mortalité périnatale.....	2 soit 14,2 %
pendant la grossesse.....	néant
pendant l'accouchement.....	1 soit 7,1 %
après l'accouchement.....	1 soit 7,1 %

Interprétation des résultats, discussion :

Le taux de mortalité néo-natale (« après l'accouchement ») est le même dans les différentes communautés, plus important toutefois chez les Européennes du fait de leur séjour plus long à la Maternité.

Celui de morti-natalité (« pendant la grossesse et pendant l'accouchement ») passe de 7,1 % chez les Européennes à 14,2 % chez les Israélites et 31,6 % chez les Musulmanes. Une telle différence tient au plus fort pourcentage de mortalité « pendant la grossesse » témoin d'une surveillance insuffisante et d'une hospitalisation postérieure à la survenue de la procidence et à l'exitus fœtal.

Nos résultats, comparés à ceux donnés par GENOUD dans sa thèse, révèlent une mortalité périnatale inférieure en milieu européen (14,2 % au lieu de 27 %) mais supérieure en milieu israélite et musulman (respectivement 19 % et 37 %).

3° Facteur parité.

Primipares :

— Nombre de procidences : 105.	
— Mortalité périnatale.....	42 soit 40 %
pendant la grossesse.....	18 soit 17,1 %
pendant l'accouchement.....	18 soit 17,1 %
après l'accouchement.....	6 soit 5,7 %

Multipares :

— Nombre de procidences : 359.	
--------------------------------	--

— Mortalité périnatale.....	123 soit 34,3 %
pendant la grossesse.....	70 soit 19,5 %
pendant l'accouchement.....	34 soit 9,5 %
après l'accouchement.....	19 soit 5,3 %

Interprétation des résultats, discussion :

Nous ne retrouvons pas l'aggravation classique due à la parité (thèse de GENOUD : mortalité périnatale de 20 % chez les primipares, 29,25 % chez les multipares).

Bien plus, si l'on tient compte du facteur racial, chez les primipares musulmanes, la mortalité périnatale est de 43,2 % (elle est nulle chez les Européennes) alors qu'elle est seulement de 35,5 % chez la multipare (25 % pour l'Européenne). La procidence du cordon plus fréquente chez les Musulmanes primipares, comme nous l'avons vu, est aussi plus grave.

4° Facteur présentation.

Présentation céphalique :

— Nombre de procidences : 358.	
— Mortalité périnatale.....	116 soit 32,4 %
pendant la grossesse.....	56 soit 15,6 %
pendant l'accouchement.....	44 soit 12,3 %
après l'accouchement.....	16 soit 4,5 %

Le gros pourcentage de mortalité « pendant la grossesse », c'est-à-dire avant l'entrée dans le service, rend compte de la gravité de la procidence livrée à elle-même : en milieu musulman, plus enclin à l'expectative, il atteint 16,6 % alors qu'il est nul chez les Européennes.

Présentation du siège :

	COMPLET	DÉCOMPLÉTÉ
— Nombre de procidences.	51	10
— Mortalité périnatale.....	19 (37,3 %)	4 (40 %)
pendant la grossesse....	10 (19,6 %)	2 (20 %)
pendant l'accouchement.	2 (3,9 %)	0
après l'accouchement....	7 (13,7 %)	2 (20 %)

Le siège décomplété malgré l'intensité de la compression qu'il réalise est à peine plus défavorable que le siège complet. Ce résultat paradoxal tient à la mortalité « pendant la grossesse » dont l'importance est identique dans les deux variétés.

Présentation de l'épaule :

— Nombre de procidences : 45.

— Mortalité périnatale.....	26 soit 57,8 %
pendant la grossesse.....	20 soit 44,5 %
pendant l'accouchement.....	6 soit 13,3 %
après l'accouchement.....	0

La présentation de l'épaule, toujours plus dystocique que les autres (thèse de GENOUD : 28,1 % de mortalité périnatale), est particulièrement péjorative ici. L'explication en est encore la grosse mortalité « pendant la grossesse », témoin des dangers de la dessiccation seule en cause dans cette présentation.

Interprétation des résultats, discussion :

La mortalité périnatale est plus élevée dans notre statistique que dans d'autres travaux : elle est de 32,4 % dans la présentation céphalique, de 37,7 % dans la présentation du siège, de 57,8 % dans la présentation de l'épaule alors que les résultats dont fait état la thèse de GENOUD sont respectivement de 27,6 %, de 30 % et de 28,1 %. Nous aboutissons à des résultats sensiblement identiques si nos chiffres sont expurgés de la mortalité « pendant la grossesse », lieu commun des différentes présentations. Ce facteur met l'accent sur les points suivants :

- importance de l'effort qu'il reste à faire dans le domaine de l'instruction et de l'assistance médicales ;
- gravité de la procidence livrée à elle-même ;
- part prédominante de la dessiccation dans l'exitus fœtal par rapport à la compression (44,5 % dans l'épaule, au lieu de 15,6 % dans la présentation céphalique).

5° Facteur dilatation.

La dilatation dont nous faisons état est celle existant au moment où la procidence a lieu. Nous avons exclu de ce fait les 88 procidences survenues à domicile, sans contrôle médical et responsables de la mortalité « pendant la grossesse » : morti-natalité et mortalité « pendant l'accouchement » seront de ce fait synonymes dans cette étude.

Dilatation inférieure à 4 centimètres :

— Nombre de procidences : 32.	
— Mortalité périnatale.....	7 soit 21,8 %
pendant l'accouchement.....	4 soit 12,5 %
après l'accouchement.....	3 soit 9,3 %

Dilatation comprise entre 4 centimètres et 6 centimètres :

— Nombre de procidences : 69.	
— Mortalité périnatale.....	18 soit 26 %
pendant l'accouchement.....	13 soit 18,8 %
après l'accouchement.....	5 soit 7,2 %

Dilatation comprise entre 7 centimètres et 11 centimètres :

— Nombre de procidences :	246.	
— Mortalité périnatale.....	45 soit 18,3 %	
pendant l'accouchement.....	32 soit 13 %	
après l'accouchement.....	13 soit 5,3 %	

Dilatation indéterminée :

— Nombre de procidences :	29.	
— Mortalité périnatale.....	7 soit 24,1 %	
pendant l'accouchement.....	3 soit 10,3 %	
après l'accouchement.....	4 soit 13,7 %	

Interprétation des résultats, discussion :

La mortalité, lorsque le col est dilaté ou dilatable, est de 18,3 %, chiffre sensiblement supérieur à celui que donne GENOUD dans sa thèse (15 %).

La dilatation comprise entre 4 centimètres et 6 centimètres, suffisante pour ne pas avoir recours d'emblée aux solutions chirurgicales, est incapable pourtant d'assurer d'idéales conditions à l'extraction obstétricale du fœtus. Aussi, est-elle responsable d'une mortalité élevée survenant en cours d'accouchement. Cette attitude est en général adoptée chez la grande multipare dont on préfère solliciter la complaisance cervicale quand l'enfant est déjà compromis.

6° Facteur thérapeutique.

Il ne sera pas fait mention de la mortalité « pendant la grossesse », celle-ci ne pouvant être imputée à la thérapeutique appliquée. Nous étudierons la mortalité fœtale au cours :

- des accouchements spontanés ou accélérés ;
- des accouchements par les méthodes obstétricales ;
- des accouchements par les méthodes chirurgicales.

Accouchements spontanés ou accélérés.

— Présentation céphalique :		
nombre de procidences : 91 ;		
mortalité pendant l'accouchement.....	9 soit 9,8 %	
mortalité après l'accouchement.....	2 soit 2,1 %	
— Présentation du siège :		

	COMPLÉT	DÉCOMPLÉTÉ
nombre de procidences.....	11	4
mortalité pendant l'accouchement	1 (9 %)	0
mortalité après l'accouchement..	1 (9 %)	1 (25 %)

— Présentation de l'épaule :

nombre de procidences : 3 ;

mortalité pendant l'accouchement : 1 soit 33,3 % ;

mortalité après l'accouchement : 0.

L'expulsion plus rapide dans la présentation céphalique explique que la mortalité soit plus faible.

L'étude comparative de la mortalité en l'absence de procidences donne les résultats suivants :

	AVEC procidence	SANS procidence
Nombre d'accouchements.....	109	45.387
Mortalité pendant l'accouchement...	11 (10 %)	253 (0,5 %)
Mortalité après l'accouchement.....	4 (3,6 %)	754 (1,6 %)

La mortalité est six fois plus élevée dans les accouchements spontanés avec procidences.

Accouchements par les méthodes obstétricales.

— Version par manœuvres internes :

Présentation céphalique :

nombre de procidences : 87 ;

mortalité pendant l'accouchement..... 12 soit 13,7 %

mortalité après l'accouchement..... 6 soit 6,8 %

Présentation de l'épaule :

nombre de procidences : 23 ,

mortalité pendant l'accouchement..... 5 soit 21,7 %

mortalité après l'accouchement..... 0

La mortalité est sensiblement identique dans les deux présentations. plus importante pourtant au cours de la manœuvre dans la présentation transversale.

L'étude comparative de la mortalité en l'absence de procidences donne les résultats suivants :

	AVEC procidence	SANS procidence
Nombre d'accouchements.....	110	258
Mortalité pendant l'accouchement..	17 (15,4 %)	31 (12 %)
Mortalité après l'accouchement....	6 (5,4 %)	24 (9,3 %)

La mortalité dans la version podalique pour procidence n'est pas plus élevée que celle de ses autres indications.

— Grande extraction du siège :

Complet :

nombre de procidences : 34 ;

mortalité pendant l'accouchement. 1 soit 2,9 %

mortalité après l'accouchement. 5 soit 14,7 %

Décomplété :

nombre de procidences : 4 ;

mortalité pendant l'accouchement : 0 ;

mortalité après l'accouchement : 1 soit 25 %.

L'extraction plus laborieuse associée à une compression plus intense explique que la mortalité soit plus importante dans le siège décomplété.

L'étude comparative de la mortalité en l'absence de procidences donne les résultats suivants :

	AVEC procidence	SANS procidence
	—	—
Nombre d'accouchements.	38	149
Mortalité pendant l'accouchement. .	1 (2,6 %)	16 (10,7 %)
Mortalité après l'accouchement. . .	6 (15,7 %)	13 (8,7 %)

Lorsque l'indication de la manœuvre est la procidence, la mortalité foetale n'est pas plus élevée.

— Application de forceps :

Nous allons étudier simultanément la mortalité dans les applications de forceps pour procidence et pour les autres indications.

— Déroit supérieur :

	AVEC procidence	SANS procidence
	—	—
Nombre d'accouchements.	37	101
Mortalité pendant l'accouchement. .	4 (10,8 %)	7 (6,9 %)
Mortalité après l'accouchement. . .	2 (5,4 %)	7 (6,9 %)

— Excavation haute :

	AVEC procidence	SANS procidence
	—	—
Nombre d'accouchements.	28	357
Mortalité pendant l'accouchement. .	2 (7,1 %)	27 (7,5 %)
Mortalité après l'accouchement. . .	2 (7,1 %)	20 (5,6 %)

— Excavation moyenne :

	AVEC procidence	SANS procidence
Nombre d'accouchements.....	26	906
Mortalité pendant l'accouchement..	4 (15,3 %)	30 (3,3 %)
Mortalité après l'accouchement....	2 (7,6 %)	33 (3,6 %)

— Excavation basse :

	AVEC procidence	SANS procidence
Nombre d'accouchements.....	9	516
Mortalité pendant l'accouchement..	3 (33,3 %)	13 (2,5 %)
Mortalité après l'accouchement....	0	10 (1,9 %)

— A la vulve :

Il a été fait trois applications de forceps pour procidence sans exitus fœtal.

Interprétation des résultats, discussion :

Plusieurs faits se dégagent de cette étude :

— Au détroit supérieur, les applications de forceps pour procidence furent plus fœticides que pour les autres indications. Cette aggravation tient à une mortalité « pendant l'accouchement » plus importante, conséquence d'une extraction laborieuse par suite de conditions obstétricales discutables. Cependant, ces résultats sont meilleurs que ceux de la version par manœuvres internes plus indiquée classiquement : 16,2 % dans le forceps contre 20,5 % dans celle-ci.

— Dans l'excavation haute, l'application de forceps nous a semblé idéale : les conditions obstétricales sont remplies alors que la compression funiculaire est comparable à celle qu'exerce la présentation au détroit supérieur. La mortalité périnatale, dès lors, ne fut pas plus élevée que celle de la manœuvre pour d'autres indications.

— Dans l'excavation moyenne et basse, la mortalité fut respectivement de 22,9 % et 33,3 % alors que dans les autres indications du forceps elle atteignait seulement 6,9 % et 4,4 %. Ainsi, la mortalité est-elle importante, plus importante cependant à la partie basse qu'à la partie moyenne de l'excavation, alors qu'en l'absence de procidence elle est moindre, plus faible à la partie moyenne qu'à la partie basse. Cette discordance tient à une double évolution : une évolution dans l'espace, favorable — la progression du mobile fœtal dans la filière pelvi-génitale améliore les conditions d'applications du forceps — mais qui suppose une évolution dans le temps, néfaste par son retentissement funiculaire.

— Dans notre statistique, les applications de forceps pour procidence furent responsables d'une mortalité globale de 19 % contre 33 %

dans celle de GENOUD et 50 % dans celle de BOURBON. Les chiffres dont font état ces deux auteurs sont comparables, dans notre statistique, à celui qui concerne la mortalité dans l'excavation basse. Cette différence, en faveur de nos résultats, peut-elle s'expliquer par un nombre plus grand d'applications dans la partie haute de la filière génitale ? Répondre par l'affirmative serait en déduire des attitudes thérapeutiques différentes : dans la procidence, les risques anoxiques imposent une extraction instrumentale rapide sans attendre ni favoriser la descente du mobile fœtal, dût-elle en faciliter la réalisation.

— Symphyséotomie :

nombre de procidences : 7 ;
mortalité pendant l'accouchement : 3 soit 42,8 % ;
mortalité après l'accouchement : 0.

La mortalité, très importante, survient au cours de la manœuvre.

La comparaison avec la mortalité sans procidence met l'accent sur l'importunité de la manœuvre dans le premier cas :

nombre d'accouchements : 145 ;	
mortalité pendant l'accouchement.....	14 soit 9,6 %
mortalité après l'accouchement.....	2 soit 1,3 %

Accouchements par les méthodes chirurgicales.

— Césarienne abdominale :

Présentation céphalique :
nombre de procidences : 61 ;
mortalité pendant l'accouchement : 5 soit 8,2 % ;
mortalité après l'accouchement : 0.

Présentation du siège :

	COMPLET	DÉCOMPLÉTÉ
	—	—
nombre de procidences.....	4	2
mortalité périnatale.....	0	0

Présentation de l'épaule :

nombre de procidences : 6 ;
mortalité périnatale : 0.

La mortalité fœtale fut nulle au cours et à la suite des interventions pour les présentations du siège et de l'épaule.

En l'absence de procidence, la mortalité de cette manœuvre dans la présentation céphalique fut la suivante :

nombre de césariennes : 769 ;	
mortalité pendant l'intervention.....	14 soit 1,8 %
mortalité après l'intervention.....	30 soit 3,9 %

La mortalité, relativement élevée dans notre statistique alors qu'elle est nulle dans celle de BOURBON ou celle de GENOUD, fait ressortir la nécessité d'apprécier au préalable la vitalité du fœtus afin de surseoir à l'intervention s'il est déjà trop compromis.

7° Conclusions.

Au cours de 464 procidences survenues sur les 49.374 accouchements pratiqués à la Maternité de Rabat, du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961, notre étude sur la mortalité périnatale fait ressortir les résultats suivants :

Mortalité périnatale globale : 35,5 % :

morti-natalité	30,1 %
mortalité néo-natale.....	5,2 %

Mortalité et facteur racial :

Musulmanes	37 %
Israélites	19 %
Européennes	14,2 %

Mortalité et parité :

primipare	40 %
multipare	34,3 %

Mortalité et présentation fœtale :

présentation céphalique.....	32,4 %
siège complet.....	37,3 %
siège décomplété.....	40 %
épaule	57,8 %

Mortalité et dilatation :

complète ou complétable.....	18,3 %
incomplète	24,7 %

Mortalité et thérapeutique (1) :

accouchement spontané ou accéléré.....	13,6 %
version par manœuvres internes.....	20,8 %
(GENOUD : 25 %.)	
grande extraction du siège.....	18,3 %
(GENOUD : 20 %.)	
application de forceps.....	19 %
(GENOUD : 33 %.)	
symphyséotomie	42,8 %
césarienne	8,2 %
(0 % thèse de GENOUD.)	

(1) Il n'est pas tenu compte, dans l'établissement de ces résultats, de la mortalité « pendant la grossesse ».

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Le choix du traitement de la procidence sera dicté par deux soucis :
— soustraire le fœtus à l'anoxie qui serait rapidement mortelle ;
— éviter les gestes dangereux pour la mère non menacée par cette complication.

L'importance respective de ces deux principes tient à l'état du fœtus, la pré-éminence étant accordée à l'extraction rapide du fœtus lorsqu'il est vivant, tandis qu'un enfant mort ou compromis impose de mettre en tête des préoccupations les incidences maternelles de la thérapeutique appliquée.

Nous étudierons le traitement de la procidence du cordon dans les cas suivants :

- enfant mort ;
- enfant vivant ;
- enfant compromis.

Enfant mort.

S'il y a certitude absolue d'exitus fœtal, l'abstention thérapeutique sera de règle tant que la dilatation ne sera pas complète. L'accouchement se fera alors, soit spontanément, soit par cranioclasie ou par embryotomie rachidienne s'il se présente la moindre difficulté.

Notre statistique rapporte 59 observations dans lesquelles l'exitus fœtal était tenu pour certain. Les attitudes thérapeutiques furent les suivantes :

— accouchements spontanés.....	42
— embryotomie céphalique.....	6
— embryotomie rachidienne.....	11

La mort fœtale est souvent difficile à affirmer, ou parfois l'est à tort, la disparition même des battements funiculaires et des bruits du cœur fœtal ne permettant pas un diagnostic de certitude. Aussi, ces cas douteux autorisent-ils le recours aux différentes manœuvres obstétricales, au moyen desquelles il n'est pas rare d'obtenir des enfants vivants.

Notre statistique fait état de 29 observations d'extraction par des procédés obstétricaux sans heureuse surprise pourtant.

Enfant vivant.

Dans ce cas, la thérapeutique devra tenir compte d'un élément essentiel : l'état de la poche des eaux. Nous l'envisagerons dans les deux éventualités possibles :

- poche des eaux intacte ;
- poche des eaux rompue.

— Poche des eaux intacte :

Il s'agit de procubitus, ce qui impose de respecter l'intégrité des membranes jusqu'à dilatation complète. Le choix de la manœuvre obstétricale se fera alors en fonction des indications et conditions de réalisation propres à chacune : application de forceps sur tête fixée ; version par manœuvres internes si elle est mobile ou s'il s'agit d'une épaule ; grande extraction du siège.

On pourra être amené à intervenir sans attendre ce moment, surtout chez la primipare, si une souffrance fœtale est décelée ou s'il se surajoute une dystocie (bassin rétréci, présentation vicieuse, tumeur praevia). Ces circonstances justifient alors la voie haute, les progrès de l'antibiothérapie, de l'anesthésiologie et de la réanimation permettent d'élargir les indications de ces césariennes « de sauvegarde fœtale ».

— Poche des eaux rompue :

Il s'agit de procidence vraie et parfois complexe. L'attitude thérapeutique tient au degré de dilatation du col, en fonction duquel il est des cas faciles et des cas difficiles.

Cas faciles :

Ils sont représentés par les deux stades extrêmes de la dilatation :

- la dilatation complète ou complétable permet l'extraction rapide de l'enfant par les procédés obstétricaux dont les indications sont les mêmes que dans le cas précédent ; la césarienne sera réservée aux seuls cas de dystocies surajoutées ;
- la dilatation incomplète, par contre, impose celle-ci, et plus volontiers s'il y a une cause associée.

Cas difficiles :

Ce sont les cas pour lesquels la dilatation ni complète, ni franchement incomplète, n'autorise pas des attitudes thérapeutiques aussi tranchées.

Les données de l'Obstétricie, spéciales à chaque pays et à ses habitants, les qualités de l'opérateur, les facteurs maternel, ovulaire, fœtal, sont autant d'éléments qui interviennent dans le choix de la méthode.

L'expectative, en vue de l'extraction fœtale par les procédés obstétricaux, peut être envisagée. Elle sera mise à profit pour appliquer les moyens d'attente : oxygénothérapie maternelle ; position de Trendelenbourg ; médications antispasmodiques ; refoulement de la présentation ; irrigation au sérum tiède et protection manuelle du cordon.

La souffrance fœtale peut néanmoins survenir et imposer une intervention par voie haute, alors que les conditions ne sont plus aussi bonnes. La majorité des auteurs s'accorde pour reconnaître que le risque d'obtenir un enfant mort malgré le recours à l'intervention césarienne impose celle-ci d'emblée sans temporisation préalable.

Enfant compromis.

La préférence sera donnée, dans la mesure du possible, aux interventions obstétricales qui permettent une extraction rapide du fœtus tout en ménageant les intérêts maternels.

Des considérations, d'ordre social et général, peuvent autoriser la voie haute, malgré les réserves déjà mentionnées, ou bien la condamner : au Maroc, les risques secondaires d'incapacité physique, de limitation, voire d'impossibilité des maternités ultérieures à la suite de ruptures utérines, sont autant d'éléments qui font peser sur la césarisée la menace d'une répudiation. C'est dire la difficulté du choix devant tant d'intérêts divergents.

CONCLUSIONS

Notre travail fait état de 464 observations de procidences du cordon recueillies à la Maternité de Rabat, du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} juillet 1961, sur un total de 49.374 accouchements. Elles nous ont fourni l'occasion de faire l'analyse du climat obstétrical marocain avant d'aborder l'étude particulière de la mortalité périnatale en cas de procidence.

La première partie est consacrée au « facteur Maroc », responsable encore d'une pathologie contre laquelle les procédés de fortune restent trop souvent les seuls possibles. Nous avons envisagé successivement :

- Les origines et la place de l'accoucheuse traditionnelle ou « Qabla » dans le milieu marocain, dont certains éléments de la campagne ou des « bidonvilles » subissent toujours l'influence.

- Son rôle d'accoucheuse traditionnelle, ignorante des problèmes posés par la gravidité-puerpéralité mais apte à chasser les génies au moyen de formules et pratiques magiques dont elle détient le secret.

- Les activités de la Maternité de Rabat, où les résultats ont dépassé les prévisions les plus optimistes mais sont variables dans les différentes communautés et d'une activité à l'autre, influencés aussi par les événements extérieurs les plus divers. Ils témoignent des difficultés, pour l'Obstétrique classique, à imposer ses conceptions et ses méthodes et ne peuvent être considérés comme définitivement acquis. Nous avons fait ensuite une étude statistique des activités depuis le 1^{er} janvier 1951

Dans la seconde partie, nous avons envisagé l'étude de la procidence du cordon dans son retentissement sur la vie du fœtus, seul en cause au cours de cette complication.

Nous avons d'abord procédé à un rappel de notions classiques sur la procidence. La fréquence de cet accident dans notre statistique est de 0,94 % mais elle nous est apparue moins grande chez les Européennes que chez les Musulmanes parmi lesquelles les primipares sont plus exposées que les multipares.

Puis l'étude proprement dite de la mortalité périnatale nous a donné un pourcentage global de 35,5 % (contre 27 % dans la thèse de GENOUD). Dans plus de la moitié des cas, l'exitus fœtal avait précédé l'entrée à la Maternité.

Cette mortalité fut plus importante en milieu musulman (37 %), chez les primipares (40 %), plus encore chez les primipares musulmanes (43,2 %), dans les présentations transversales (44,5 %) et quand la dilatation fut incomplète (24,7 %).

Elle fut à peu près analogue à la suite des interventions obstétricales : version par manœuvres internes (20,8 %), grande extraction du siège (18,3 %), application de forceps (19 %). La simple accélération de l'accouchement s'est accompagnée d'une mortalité de 13,6 %. La césarienne entraîna une mortalité fœtale de 8,2 %. Enfin, nous rapportons 7 observations de symphyséotomie accompagnée d'exitus fœtal dans 3 cas.

Vu :

Le Doyen,

H. HERMANN

Le Président de la Thèse.

H. PIGEAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 décembre 1962.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université.

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

I

- ADAM (A.). — Les populations du Maroc *in* Initiation à la pathologie marocaine, 1 vol., Edit. *Maroc Médical*, Casablanca, 1955. pp. 1.176-1.184.
- BONJEAN (F.). — L'âme marocaine vue à travers les croyances et la politesse. Office Marocain du Tourisme, 1950. 1 vol., pp. 77-92.
- BOUCETTA (O.). — Essai sur la psychologie du malade marocain, *in* Initiation à la pathologie marocaine, 1 vol., Edit. *Maroc Médical*, Casablanca, 1955. pp. 1.333-1.338.
- Bulletin de l'Institut d'Hygiène* (nouvelle série, II, Edit. Marocaines et Internationales, Tanger, années 1959-1960-1961).
- CAUVIN (F.). — Le social en milieu musulman (*Bull. d'Information du Maroc*, n° 1, janvier 1947).
La protection de la femme enceinte au Maroc (*Maroc Médical*, n° 330, novembre 1952. pp. 997-998).
- CISMIGIU (F.). — Facteurs de mortalité et dystocie en milieu musulman (*Maroc Médical*, n° 330, novembre 1952, pp. 971-977).
- COHEN (J.-R.). — Contribution à l'étude de la lutte contre la dystocie au Maroc. Activité de la Maternité de Rabat de 1941 à 1950, statistiques raciales comparatives sur 17.000 accouchements (thèse, Alger, 1951).
- DECOR (A.). — Vingt années d'activité d'une maternité en milieu marocain urbain (*Bull. Inst. Hygiène du Maroc*, VI, 1946).
- DELANOE (E.). — Trente années d'activité médicale et sociale au Maroc (1 vol., lib. Maloine, Paris, 1949, pp. 176-182).
- IGERT (M.). — Introduction à la psychopathologie marocaine *in* Initiation à la pathologie marocaine (1 vol., Edit. *Maroc Médical*, Casablanca, 1955. pp. 1.309-1.331).
- LAFFONT (A.) et BONAFOS (M.). — La pratique de l'Obstétrique en Afrique du Nord (XII^{me} Congrès de l'Assoc. des Gynéc. et Obst. de langue franç., Paris, 3 octobre 1946).
- LAOUST (E.). — Mots et choses berbères (1 vol., Edit. Challamel, Paris, 1920. chap. V, pp. 147-179).
- MARMEY (Ch.) et MARMEY (J.). — Statistique générale de la Maternité « Maréchale-Lyautey » de Rabat. Contribution à l'étude de l'Obstétrique au Maroc (*Ext. Bull. Inst. Hyg.*, III, juillet-septembre 1933).

- MARMEY (J.). — Activité de la Maternité « Maréchale-Lyautey » à Rabat, de 1941 à 1947. Statistiques raciales comparatives sur 10.000 accouchements (Ext. *Bull. Inst. Hyg. du Maroc*, **VIII**, 1948).
- MATHIEU (J.). — Notes sur l'enfance juive du Mellah de Casablanca (*Bull. Inst. Hyg. du Maroc*, **VII**, 1947).
- MATHIEU (J.) et MANEVILLE (R.). — Les accoucheuses musulmanes traditionnelles de Casablanca (publication de l'Institut des Hautes Etudes Marocaines. **LIII**, 1952. pp. 19-146).
- MAURAN (J.). — Services de la Santé et de l'Hygiène Publique. in *La renaissance du Maroc* (1 vol., Poitiers, 1922. pp. 224-230).
- PASQUALINI (H.). — Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle au Maroc (thèse, Bordeaux, 1957).
- POTTIER (R.). — Initiation à la médecine et à la magie en Islam (1 vol., Edit. Sorlot, pp. 10-20, 60-106).
- RENAUD (H.-P.J.). — De quelques acquisitions récentes sur l'Histoire de la médecine arabe au Maroc (communication faite au V^{me} Congrès International de l'Histoire de la Médecine).
- RODET (P.). — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs (1 vol., lib. Baillière et Fils, Paris, 1886. pp. 54-171).
- SICAULT (G.). — Politique de la Santé Publique au Maroc, in *Initiation à la pathologie marocaine* (1 vol., Edit. *Maroc Médical*, Casablanca, 1955. pp. 1.185-1.189).
- SIFRIOU (A.). — Les rites de la naissance à Fès (*Maroc Médical*, n° 330. novembre 1952. pp. 1.007-1.010).
- VILLEME (L.). — L'évolution de la vie citadine au Maroc, in *L'évolution sociale du Maroc* (1 vol., Edit. Peyronnet, Paris).

II

- ACKERMANN. — Complications funiculaires inattendues au cours de l'accouchement. (*Gynécologie et Obstétrique*, avril 1921. p. 160.)
- ALVAREZ (R.). — Les césariennes basses à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. (Thèse, Paris, 1929.)
- ANDERODIAS et PERY (G.). — La place de la césarienne basse dans le traitement de la procidence du cordon. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, juin 1938. p. 433.)
- ANDERODIAS, MAHON et DAGORN. — Sur la procidence du cordon. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, juin 1933. pp. 537-541.)
- AUDEBERT et ESTIENNY (E.). — Césarienne pour procidence du cordon. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, novembre 1929. p. 663.)
- BAR et BRINDEAU. — La pratique de l'Art des Accouchements (Tome II. p. 546).
- BEAUDIN. — Contribution à l'étude clinique des procidences du cordon. (Thèse, Bordeaux, 1947-1948.)
- BERMANN (S.-E.). — Procidence du cordon avec cessation des battements funiculaires, l'enfant restant vivant. (*Gynécologie et Obstétrique*, février 1920. pp. 247-257.)
- BIDOIRE. — Procidence du cordon. (*L'Hôpital*, septembre 1934. p. 529.)
- BOURBON. — Contribution à l'étude du traitement de la procidence du cordon par la césarienne basse. (Thèse, Lyon, 1948.)

- BRINDEAU et LANTEJOUL. — Indications de césarienne basse dans les présentations du siège. (*Gynécologie et Obstétrique*, novembre 1935, pp. 384-389.)
- COUVELAIRE (A.). — Indications de césarienne conservatrice en dehors du rétrécissement du bassin. (*Gynécologie et Obstétrique*, avril 1921, p. 358.)
- DEMELIN (M.). — Procidence du cordon. (*Progrès Médical*, Paris, 1921.)
- DIGONNET (L.). — Césarienne basse : statistiques personnelles sur 299 cas. (*Gynécologie et Obstétrique*, mars 1939, pp. 169-176.)
- DUMONT (M.). — Obstétrique (Vigot Frères Edit., Paris, 1960, pp. 400-404).
- EUGUI (J.). — Répétition de procidence du cordon ; césarienne itérative. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, janvier 1936, pp. 102-103.)
- FAVREAU. — Indications de césarienne abdominale. (*La Gynécologie*, février 1931, pp. 82-98.)
- FIZAINE (R.). — De la procidence du cordon ombilical inaminé. (Thèse, Paris, 1928.)
- FODA (I.). — Etude statistique des procidences du cordon au cours du travail (72 cas sur 20.000 accouchements). (Thèse, 1939-1940.)
- FRUHHINSHOLZ et HARTEMANN. — Césarienne facultative. (*Paris Médical*, janvier 1938, pp. 29-34.)
- GENOUD (J.). — Contribution à l'étude des procidences et latérocidences du cordon. Thèse, Lyon, 1962.
- GILBERT. — De l'extension des indications de la césarienne abdominale. (Thèse, Paris, 1935.)
- GRANJON. — Les procidences au cours des accouchements gémellaires. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1944-1945, p. 421.)
- GROSSE (A.). — Fibrome nécrobiosé, procidence du cordon, opération césarienne suivie d'hystérectomie, enfant vivant, guérison de la mère. (*Bulletin de la Société d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1925, pp. 521-523.)
- GUENIOT (P.). — Hystérectomie après césarienne pour procidence du cordon motivée par une indication exceptionnelle. (*Bulletin de la Société d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1937, p. 147.)
- Indications actuelles de l'opération césarienne. (*Bulletin Médical*, Paris, 1938.)
- GUYOT et PERY. — Procidence du cordon. (*Bulletin de la Société d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1935, p. 561.)
- HENROTAY (J.). — Des indications des hystérectomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1921, p. 330.)
- KELLER et BOHLER. — Résultats et indications de 124 césariennes. (*La Gynécologie*, juillet 1935, pp. 412-464.)
- LACOMME (M.). — La survie du fœtus après disparition des battements artériels dans la procidence du cordon. (*Revue Médicale Française*, octobre 1932, pp. 669-671.)
- Pratique Obstétricale* (Tome I, pp. 703-708).
- LAFFONT et EZES. — Césarienne supra-symphysaire pour présentation de l'épaule avec procidence d'un bras et du cordon ; filtrat, vaccin. guérison. (*Bulletin de la Société d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1936, p. 55.)
- LAFFONT, HOUEL, JAHIER. — A propos de quelques cas de procidence du cordon. (*Bulletin Société d'Obst. et Gynéc. Paris*, 1927, p. 642.)
- LEROUX. — Indications de césarienne. (*L'Hôpital*, juin 1938, pp. 368-373.)

- MAGALHAES. — Opération césarienne. Indications et technique. (*Gynécologie et Obstétrique*, mai 1922, p. 343.)
- MERGER (R.), MELCHIOR (J.) et LÉVY (J.). — Précis d'Obstétrique (Masson et C^{ie} Edit, Paris).
- PALLIEZ et GERNEZ. — Procidence du cordon. statistiques portant sur 95 cas. (*Echo Médical du Nord*, 1938, pp. 614-623.)
- PALLIEZ et DELECOUR. — Procidence du cordon. (*E.M.C.*, 5.073-A 10.)
- PARER (J.-P.). — Contribution à l'étude du traitement des procidences du cordon. (Thèse, Paris, 1930.)
- PERY (G.). — Sur un cas de procidence du cordon traité douze heures après le début des accidents; césarienne basse, enfant vivant. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, 1937, p. 71.)
- PERY (J.). — Deux césariennes pour présentation de l'épaule. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, 1936, p. 686.)
- PIGEAUD (H.). — *Cahiers d'Obstétrique* (pp. 136-142).
- REBOUL (P.). — Diagnostic de la procidence du cordon au cours de l'accouchement. (*L'Hôpital*, décembre 1930, p. 747.)
- RIVIERE. — Quatre opérations césariennes pratiquées sur indications peu usuelles. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, février 1927, pp. 134-136.)
- SUREAU. — Procidence irréductible du cordon avec survie prolongée de l'enfant. traitée par l'opération césarienne. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, juillet 1933, pp. 617-618.)
- SUZOR. — Quelques notions sur la procidence du cordon. (*L'Hôpital*, novembre 1928, pp. 646-648.)
- TARNIER, BUDIN. — Traité de l'art des accouchements (Tome IV, p. 48).
- VALLOIS. — Procidence du cordon et opération césarienne. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, octobre 1925, p. 591).
- VEYRAT. — Césarienne basse. Etude statistique de 120 cas. (Thèse, Lyon, 1933.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
PREMIÈRE PARTIE. — L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU MAROCAIN.....	17
Chapitre premier. — Le milieu marocain. Origine et place de la « Qabla »	19
Chapitre II. — Accouchement traditionnel.....	23
Chapitre III. — Activités de la Maternité de Rabat.....	27
1° Place de la Maternité de Rabat dans l'Obstétrique marocaine..	27
2° Rayon d'action de la Maternité de Rabat.....	30
3° Activité de la Maternité de Rabat.....	31
4° Etude statistique du 1 ^{er} janvier 1951 au 1 ^{er} juillet 1961.....	38
5° Conclusions	42
DEUXIÈME PARTIE. — ETUDE PARTICULIÈRE DE LA MORTALITÉ PÉRINATALE EN CAS DE PROCIDENCE DU CORDON	45
Introduction	47
Chapitre premier. — Rappel des notions classiques sur la procidence du cordon.....	49
1° Définitions	49
2° Fréquence	49
3° Etio-pathogénie	51
4° Evolution	53
5° Conséquences physiopathologiques.	53
6° Diagnostic	54
Chapitre II. — La mortalité périnatale en cas de procidence du cordon.	55
1° Mortalité périnatale globale	56
2° Facteur racial.....	56
3° Facteur parité.....	57
4° Facteur présentation	58
5° Facteur dilatation.....	59
6° Facteur thérapeutique.....	60
7° Conclusions	65
Chapitre III. — Considérations thérapeutiques.....	67
Enfant mort.....	67
Enfant vivant.....	68
Enfant compromis.....	69
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73

